

PSYKOSOSIAALISET PERHEINTERVENTIOT NUOREN LAIHUUSHÄIRIÖPOTILAAN AVOHOIDOSSA

Kirjallisuuskatsaus

APAJALAHTI-FREITAG HANNALIISA

Pro gradu –tutkielma

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Terveystieteet

Tampereen yliopisto

Toukokuu 2017

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Terveystieteet, hoitotiede

APAJALAHTI-FREITAG, HANNALIISA: Psykososiaaliset perheinterventiot nuoren laihuushäiriöpotilaan avohoidossa. Kirjallisuuskatsaus.

Pro gradu -tutkielma: 84 sivua, 4 liitettä

Ohjaajat: yliopistonlehtori, FT, dosentti Jari Kylmä ja yliopistonlehtori, TtT, dosentti Anja Rantanen

Toukokuu 2017

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata nuoruusiän laihuushäiriön avohoitoon kehitettyjen psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteitä ja vaikutuksia nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyteen ja hyvinvointiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nuorten laihuushäiriöpotilaiden poliklinisen perhehoitotyön sisällön kehittämiseksi. Tavoitteena oli myös etsiä tietoa perhehoitotieteellistä lisätutkimusta edellyttävistä alueista.

Tutkimuksen aineisto haettiin MEDLINE, CINAHL ja PsycINFO – elektronisista tietokannoista. Hakusanoina käytettiin *family nursing, family therapy, family health, family practice, anorexia nervosa, ja anorexia nervosas*. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin tieteellisissä julkaisuissa alkuperäisartikkeleina julkaistut tutkimukset, jotka käsittelevät 12-24-vuotiaan laihuushäiriöpotilaan psykososiaalista perheinterventiota avohoidossa. Tutkimukset rajattiin englanninkielisiin vuosina 2006-2016 julkaistuihin tutkimuksiin. Analyysiin valittiin 51 tutkimusta, joiden laatu arvioitiin *Joanna Briggs Instituutin* kriittisen arvioinnin tarkistuslistoin. Alkuperäistutkimuksista 40 arvioitiin menetelmällisesti heikoiksi. Tutkimusten keskeiset tiedot taulukoitiin ja aineisto analysoitiin deduktiivisella ja induktiivisella sisällönanalyysillä tutkimuskysymyksittäin.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan nuoren laihuushäiriöpotilaan avohoitoon kehitettyjen psykososiaalisten perheinterventioiden kirjo on laaja ($n = 20$) ja niiden ominaispiirteiden kuvaus on puutteellista. Tutkimuksen mukaan psykososiaalisia perheinterventioita toteutetaan sekä strukturoidusti että ilman yhteisesti sovittuja hoitokäytänteitä. Psykososiaalisilla perheinterventioilla pyritään haitallisten ajatusten, tunteiden ja toimintojen muuttamiseen niin yksilön kuin perheenkin tasolla. Psykososiaalisilla perheinterventioilla on laihuushäiriön ydinoireita lieventäviä ja perheen voimavaroja aktivoivia vaikutuksia, mutta myös perheen terveyttä heikentäviä vaikutuksia. Sairaanhoidajien osaamista psykososiaalisten perheinterventioiden toteuttajina hyödynnetään vähän. Perhepohjainen hoito muunneltuneena on psykososiaalisista perheinterventioista kansainvälisesti tutkituin.

Tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhuollon organisaatioissa harkitessa perhepohjaisen hoidon tehostamista tai etsiessä sille vaihtoehtoa. Jatkossa tarvitaan kvalitatiivista tutkimusta perheiden kokemuksista psykososiaaliin perheinterventioihin osallistumisesta sekä teorianmuodostusta koskien laihuushäiriöstä toipumista.

Avainsanat: nuoruusiän laihuushäiriö, perheen terveys, hyvinvointi, psykososiaalinen perheinterventio, avohoito

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Faculty of Social Sciences

Health Sciences, Nursing Science

APAJALAHTI-FREITAG, HANNALIISA: Psychosocial family interventions for juvenile anorexia nervosa in the outpatient context. Literature review.

Master's Thesis: 84 pages, 4 appendices

Health Sciences, Nursing Science

Supervisors: Senior University Lecturer, PhD, docent Jari Kylmä and Senior University Lecturer, DHSc, docent Anja Rantanen

May 2017

The rationale for undertaking this literature review was to describe the main features and the effectiveness of psychosocial family interventions in promoting individual and family health and wellbeing. The primary objective was to produce information that can be used in developing family nursing expertise in the outpatient health care context of juvenile anorexia nervosa. In addition, the goal was to locate future research topics in family nursing science.

Data was gathered from electronic databases MEDLINE, CINAHL and PsycINFO using the following search words: *family nursing, family therapy, family health, family practice, anorexia nervosa, and anorexia nervosas*. Inclusion criteria required studies to be published as original research articles in academic journals. In addition, inclusion criteria required participants to be anorexia nervosa patients aged between 12 and 24 years and their family members who have completed a psychosocial family intervention for anorexia nervosa. Data was limited to research articles published in English language in or after 2006. A total of 51 studies selected for retrieval were assessed for validity using standardized critical appraisal instruments from *the Joanna Briggs Institute*. Majority of the studies (40/51) were considered methodologically weak despite of which relevant data was extracted and deductive and inductive content analysis carried out to synthesize data.

Based on this literature review a wide variety of psychosocial family interventions for juvenile anorexia nervosa exist ($n = 20$). Their description in original research papers is inadequate. According to the results both manual-based as well as less structured psychosocial family interventions have been developed with the aim of changing cognitions, emotions and behavior on the individual and family level. Psychosocial family interventions have their potential in diminishing main features of anorexia nervosa as well in activating families' psychological resources. However, they may also have negative effects on family health. The expertise of nurses in conducting psychosocial family interventions is little used. Family-based treatment and its modifications are internationally the most studied. Results may be utilized when considering boosting family-based treatment, or when trying to find alternatives to it.

Implications for future research relate to the need of well-designed qualitative studies related to family's experience in participating in psychosocial family interventions. Also, development of a comprehensive theory of recovery in anorexia nervosa patients is needed.

Keywords: juvenile anorexia nervosa, family health, wellbeing, psychosocial family intervention, outpatient

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Syömishäiriöt ja avohoito	3
2.2 Laihuushäiriö nuoruusiän mielenterveyden häiriönä	5
2.3 Laihuushäiriö perheen terveyden näkökulmasta	8
2.4 Psykososiaaliset perheinterventiot perheen terveyden edistämisen väylänä ja tutkimuskohteena	10
2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	12
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
4 AINEISTO JA MENETELMÄT	15
4.1 Tutkimusten valintakriteerien määrittely	16
4.2 Hakustrategia	18
4.3 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi	19
4.4 Tiedon uuttaminen alkuperäistutkimuksista	20
4.5 Aineiston kuvaus	22
4.6 Aineiston sisällönanalyysi	26
5 TUTKIMUSTULOKSET	29
5.1 Psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteet	29
5.2 Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutukset nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyteen ja hyvinvointiin	42
5.3 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista	54
6 POHDINTA	56
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua	56
6.2 Tutkimuksen eettisyys	61
6.3 Tutkimuksen luotettavuus	62
6.4 Päätelmät	65
6.5 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet	66
LÄHTEET	68

LIITTEET

1 JOHDANTO

Syömishäiriöpotilaiden vuodeosastohoidon radikaali supistaminen ja hoidon siirtyminen potilaan arkeen merkitsee, että tarve löytää keinoja auttaa perheitä asianmukaisesti avohoidon kontekstissa kasvaa (Järvi ja Jyrinki 2014). Tämän pro gradu –tutkielman tarkoituksena on kuvata nuoruusiän laihuushäiriön avohoitoon kehitettyjen psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteitä ja vaikutuksia nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimuksen lähtökohdat nivoutuvat perheitä osallistavaan suuntaukseen syömishäiriöiden hoidossa. Tutkimuksen aineistona käytetään vuosina 2006-2016 julkaistuja englanninkielisiä vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia, jotka on kerätty systemaattisella haulla keskeisistä terveystieteellisistä tietokannoista.

Nuoruusiän laihuushäiriö on vakava syömishäiriö, joka vaikuttaa sairastuneen terveyden psykologiseen, fysiologiseen ja neuropsykologiseen ulottuvuuteen (Smith ja Cook-Cottone 2011) vaarantaen siten yksilön terveyden laaja-alaisesti. Laihuushäiriö poikkeaa monesta muusta mielenterveyshäiriöstä siihen liittyvän runsaan somaattisen sairastavuuden osalta. Laihuushäiriöpotilaiden kuolemantapauksista yli puolet voidaan jäljittää lääketieteellisten komplikaatioiden aiheuttamiksi. (Mehler 2001, NICE 2004, Mehler ja Brown 2015.) Somaattisten haittojen (ks. Katzman 2005, Kanbur ym. 2011, Tokumura, Watanabe ja Esaki 2012, Smith ym. 2013) lisäksi laihuushäiriötä sairastavilla on psykiatrisia liitännäissairauksia, joista yleisimmät ovat masennus ja ahdistuneisuushäiriö (ks. Korkeila 2011, Hughes 2012). Tutkimusnäyttö niiden mahdollisesta vaikutuksesta hoitotuloksiin nuorilla puuttuu toistaiseksi (Ebeling ym. 2009, Hughes 2012, Lähteenmäki ym. 2014).

Laihuushäiriöön sairastuneista alle puolet (46%) toipuu täysin, kolmasosa toipuu osittain, ja 20%: lla sairaus muuttuu krooniseksi (Steinhausen 2002). Noin kolmanneksella laihuushäiriöön sairastuneista syömishäiriö muuttuu ahmimishäiriöksi (Eddy ym. 2008). Laihuushäiriö on uhka nuoren normaalille aikuiseksi kasvulle vaikeuttamalla keskeisten päämäärien, realistisen minäkuvan (Lopez 2010) ja autonomian (Aalto-Setälä ja Marttunen 2007) saavuttamista. Yksilön mahdollisuus vaikuttaa syömishäiriön puhkeamiseen, etenemiseen ja siitä paranemiseen on oletettua heikompi (Raevuori 2013, Kärkkäinen, Dadi ja Keski-Rahkonen 2015). Valtaosa laihuushäiriöön sairastuneista on primääriperheeseensä yhä sidoksissa olevia nuoruusikäisiä tai nuoria aikuisia (Anastasiadou ym.

2014). Syömishäiriöiden hoitosuosituksissa korostetaan perheen hyödyntämistä avohoidon hoitoresurssina (NICE 2004, Turrell ym. 2005, Käypä hoito-suositus 2014). Tavoitteena tällöin on aliravitsemustilan aiheuttamien fyysisten ja psykologisten seurausten mahdollisimman ripeä korjaantuminen vanhempien systemaattisesti toteuttaman ravitsemuskuntoutuksen keinoin kotiolosuhteissa (esim. Mehler ym. 2010).

Nuoren laihuushäiriöpotilaan avohoitoon on kehitetty erilaisia psykososiaalisia hoitomalleja, joiden tuntemusta syömishäiriöpotilaita hoitavilta sairaanhoitajilta edellytetään (McMaster ym. 2004). Näyttöön perustuvan tiedon hankkiminen, arvioiminen ja hyödyntäminen hoitotyössä ei kuitenkaan ole itsestään selvää. Tutkimusten (Penz ja Bassendowski 2006, Mantzoukas 2007, Majid ym. 2011, Malik ym. 2015) perusteella näyttöön perustuvan toiminnan haasteet liittyvät muun muassa hoitotyöntekijöiden tieteellisen osaamisen sekä ajallisten resurssien rajoitteisiin. Kirjallisuuskatsaus on väylä siirtää kliinisesti merkityksellistä tutkimustietoa hoitotyön esimiesten, hoitotyöntekijöiden sekä tiedeyhteisön hyödynnettäväksi (Leino-Kilpi 2007).

Kansainvälisissä kirjallisuuskatsauksissa (esim. Bulik ym. 2007, Fisher ym. 2010) on ansiokkaasti kuvattu syömishäiriöpotilaille kohdennettujen interventioiden vaikuttavuutta yksilötasolla. Kehoitusta arvioida mielenterveyspalveluissa käytettäviä interventioita kokonaisvaltaisesti (Thornicroft ja Slade 2014) kuin myös tutkimustieto laihuushäiriötä sairastavien perheiden kuormittuneisuudesta (esim. Keitel ym. 2005, Treasure, Claudino ja Zucker 2010) antavat perusteet laajentaa tarkastelu koskemaan interventioiden vaikutuksia perheenkin terveyteen.

Kirjallisuuskatsausta nuoren laihuushäiriöpotilaan psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteistä ja vaikutuksista nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyteen ja hyvinvointiin ei Suomessa toistaiseksi ole tehty. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nuorten laihuushäiriöpotilaiden poliklinisen perhehoitotyön sisällön kehittämisessä. Lisäksi tavoitteena on etsiä tietoa perhehoitotieteellistä lisätutkimusta edellyttävistä alueista. Tuloksia voivat hyödyntää terveydenhuollon esimiehet ja -ammattilaiset, jotka kohtaavat työssään nuoria laihuushäiriöpotilaita perheineen. Tutkimuksen lopullinen päämäärä on palvella avohoidossa olevan nuoren laihuushäiriöpotilaan perheen terveyden edistämistä.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on näkemys nuoruusiän laihuushäiriöstä koko perheen terveyttä ja hyvinvointia uhkaavana ja vakavana mielenterveyden häiriönä, joka tietyin edellytyksin voidaan hoitaa avohoidossa. Aihepiiriin liittyvää kirjallisuutta etsittiin vapaamuotoisella tietokoneistetulla haulla PubMed-, Ovid Psychinfo- ja Cochrane Database sekä Terveystietokanta –tietokannoista.

2.1 Syömishäiriöt ja avohoito

Syömishäiriöt ovat kansanterveydellisesti relevantti mielenterveyshäiriöiden ryhmä. Syömishäiriöiden aiheuttama tautitaakka liittyy niille tyypilliseen pitkäkestoisuuteen, sairastuneen somaattisen kehityksen viivästymiseen (Makkonen ja Pynnönen 2007, Kaivosoja ym. 2010), mielenterveyteen liittyvän elämänlaadun heikkenemiseen (Jenkins ym. 2014) sekä merkittävään sairastavuuteen (Keel ja Haedt 2008). Kansanterveyden näkökulmasta syömishäiriöt ovat pulmallisia verrokkiväestöön verrattuna moninkertaisen autoimmuunisairauksien (Suokas ym. 2015) ja ennenaikaisen kuolleisuuden (esim. Papadopoulos ym. 2013, Chesney ym. 2014, Suokas ym. 2015) vuoksi. Erikoissairaanhoidossa syömishäiriöiden aiheuttamaa tautitaakkaa voidaan pyrkiä vähentämään aktiivisella ja tutkimusnäyttöön perustuvalla hoito-otteella (NICE 2004, Käypä hoitosuositus 2014).

Syömishäiriöiden esiintyvyys väestötasolla vaihtelee tutkimuksittain (Field ym. 2012, Allen ym. 2013, Lähteenmäki ym. 2014). Prevalenssin määrittely tulee suhteuttaa käytettyyn tautiluokitukseen (Keel ym. 2011). Rajatessa esiintyvyyden tarkastelu naissukupuoleen ilmenee joka kymmenennen nuoren suomalaisnaisen ennen aikuisikää sairastaneen kliinisesti merkittävän syömishäiriön (Isomaa 2011). Pääkaupunkiseudun syömishäiriöiden erityishoidon yksikössä vuosina 1995-2010 hoidetuista 2 450 syömishäiriöpotilaasta valtaosa (95 %) oli naisia (Suokas ym. 2015). Syömishäiriöiden elinaikainen prevalenssi nuoruusiässä on laihuushäiriössä arviolta 0,3 %, ahmimishäiriössä 0,9 % ja ahmintahäiriössä vastaavasti 0,9 % (Swanson ym. 2011). Suomalaisten nuorten aikuisten terveyttä ja psyykkistä hyvinvointia kartoittavaan tutkimukseen haastatelluista 20-35 –vuotiaista naisista syömishäiriöitä sairastavia oli kolmasosa, ja 6 % oli sairastanut syömishäiriön aiemmin (Lähteenmäki ym. 2014, Suokas ym. 2015). Viitteitä siitä, että syömishäiriöt olisivat yleistymässä ei ole (Ruuska ja

Kaltiala-Heino 2015). Laihuushäiriön puhkeamishuippu ajoittuu 15- ja 19-ikävuosien välille (Hoek ja van Hoeken 2003) eli nuoruusiän keskivaiheille (Striegel-Moore ja Bulik 2007). Fishman (2006) käyttää käsitettä nuoruusiän laihuushäiriö (engl. juvenile anorexia nervosa, AN) tarkoittaen 13-17 vuotiaita laihuushäiriöön sairastuneita henkilöitä (Fishman 2006). Tässä tutkimuksessa nuorella laihuushäiriöpotilaalla tarkoitetaan syömishäiriöiden tavanomaiseen sairastumisikään sopien 12-24-vuotiaita (Suokas 2015).

Suomalaisessa ICD-10 –tautiluokituksessa syömishäiriöt jaetaan laihuushäiriöön (anorexia nervosa), ahmimishäiriöön (bulimia nervosa) sekä määrittämättömiin syömishäiriöihin (eating disorders not otherwise specified, EDNOS), joihin DSM-5 –tautiluokituksessa itsenäiseksi diagnoosiksi määriteltävä ahmintahäiriökin (binge-eating disorder, BED) kuuluu (Suokas 2015). Psykiatrian tautiluokituksissa syömishäiriöiden välille asetetut tarkat diagnostiset rajat ovat tutkijoiden (esim. Fairburn, Cooper ja Shafran 2003, Milos ym. 2005, Fichter ja Quadflieg 2007, Eddy ym. 2008) mukaan kyseenalaistettavissa oirekuvien osittaisesta päällekkäisyydestä johtuen. Fairburnin (2008) mukaan laihuus- ja ahmimishäiriö ovat psykopatologialtaan keskenään varsin samankaltaisia mielenterveyden häiriöitä (Fairburn 2008).

Syömishäiriöiden psykopatologiaa on kuvattu nk. transdiagnostisessa kognitiivis-behavioraalisessa selitysmallissa (Fairburn, Cooper ja Shafran 2003). Sen mukaan syömishäiriöön sairastuneen itsetunto on heikentynyt, ja hän määrittelee arvonsa kehon muodon ja painon sekä näiden kontrolloimiskyvyn perusteella. Taipumus näiden yliarviointiin on yhteydessä kehon tai sen eri osien kokemiseen lihavana, kuin myös lihomisen pelkoon. Laihuushäiriöön tai ahmimishäiriöön sairastuneen logiikan mukaan lihominen on estettävissä syömistä rajoittamalla ja kulutusta lisäämällä. (Tabri ym. 2015.) Nälkiintymistila vaikuttaa kognitiivisiin toimintoihin siten, että ajatukset muuttuvat luonteeltaan pakonomaisiksi ja sisällöltään ruokaan, syömiseen, kehon muotoon ja painoon liittyviksi (Franklin ym. 1948, Polivy 1996, Kalm ja Semba 2005). Syömishäiriöön sairastunut tulkitsee nälkiintymistilan oireet kyvyttömyydeksi hallita edellä mainittuja seikkoja, mikä johtaa kontrollin edelleen tiukentamiseen (Shafran ym. 2003, Dalle Grave ym. 2007). Tabri kollegoineen (2015) on tutkinut lihavuuden tunteen ja lihomisen pelon ajallista yhteyttä kontrolloivaan toimintaan laihuushäiriötä ja ahmimishäiriötä sairastavilla naisilla (N = 237). Syömishäiriön tyypistä ja oirekuvasta riippumatta yliarviointi oli yhteydessä lisääntyneeseen kontrolliin seuraavan viikon aikana sekä päinvastoin. Laihuushäiriön uusiutumisen riski todettiin Keelin ja kollegojen (2005) tutkimuksessa suurentuneeksi henkilöillä, joilla lihomisen pelko, lihavuuden tunne tai kehon yliarviointi ei hoitojakson aikana ollut korjaantunut.

Aktiivisella syömishäiriöepäilyyn puuttumisella perusterveydenhuollossa syömishäiriön kestoa voidaan lyhentää ja toipumisennustetta vastaavasti parantaa. Varhainen puuttuminen ei kuitenkaan ole yksiselitteistä. Erotusdiagnostisista haasteista sekä sairastuneelle tyypillisistä oireiden peittelypyrkimyksistä johtuen hoidon käynnistyminen saattaa viivästyä (Pritts ja Susman 2003, Gilbert ym. 2012, Käypä hoito –suositus 2014, Suokas 2015).

Suomessa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista kuin myös kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolait säätelevät hoitoon pääsyä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, Kansanterveyslaki 28.1.1972/66, Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062). Syömishäiriöiden Käypä hoito –suosituksessa (2014) kuvataan yleisesti syömishäiriöpotilaan hoidon järjestämiseen ja arviointiin liittyviä periaatteita, jotka pätevät myös laihuushäiriöön sairastuneisiin. Lisäksi suosituksessa on kuvattu erityyppisten syömishäiriöiden hoitoon kehitettyjä interventioita, lääkehoitoa ja kuntoutusta.

Suomessa syömishäiriöpotilaan hoidon järjestäminen riippuu maantieteellisistä eroista sekä paikallisesti suunnitelluista hoitopoluista. Hoidossa keskeistä on moniammatillisuus ja osaaminen, kantaa ei oteta ammattiryhmien väliseen vastuunjakoon. Syömishäiriöpotilaan hoito on portaista siten, että seulonta ja lievempien häiriöiden hoito sekä hoitoon motivointi keskittyy perusterveydenhuoltoon, josta tarvittaessa konsultoidaan erikoissairaanhoitoa tai tehdään lähete päivystykselliseen arvioon somaattiseen tai psykiatriseen yksikköön potilaan voinnista ja paikallisista hoitomahdollisuuksista riippuen. Syömishäiriön arviointi ja hoito järjestetään erikoissairaanhoidossa, mikäli perusterveydenhuollon interventiot on todettu tuloksettomiksi. Rajanveto tässä ei kuitenkaan ole tiukka, vaan hoitoon ohjautumisessa on huomioitava hoitopaikan osaaminen syömishäiriöiden hoidossa. Syömishäiriöiden hoidossa tulee pyrkiä avohoitoon. (Käypä hoito –suositus 2014.) Avohoidolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sosiaali- tai terveydenhuollon yksityistä tai julkista toimintaa, joka ei täytä laitoshoidon kriteereitä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 1507/2007).

2.2 Laihuushäiriö nuoruusiän mielenterveyden häiriönä

Nuoruusiän käsitteellinen määrittäminen on pulmallista, koska kirjallisuus ei tarjoa yksittäistä, nuoren kronologisen iän ja kehityksellisen tason sisältävää, kuvausta. Mitä tulee kronologiseen ikään *Journal of Adolescence*–julkaisussa nuoruusikä määritellään lapsuusiän ja aikuisuuden väliin sijoittuvaksi kehitykselliseksi vaiheeksi, joka ajoittuu ikävuosien 10 ja 25 välille. Bezancen ja

kollegoiden (2013) mukaan nuoruusiän syömishäiriötä käsittelevässä kirjallisuudessa nuoruusikä tavanomaisesti on määritelty terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta kattamaan ikävuodet 11 - 18, mutta on myös tutkimuksia, joissa ikähaarukka on laajempi; 8-23 vuotta (Gowers ja Smyth 2004). Newman ja Newman (2003) jakavat nuoruusiän sille ominaisten kehitystehtävien perusteella varhaisnuoruuteen (12 - 18 vuotta) ja myöhäisnuoruuteen (19 - 22 vuotta). (Bezance ym. 2013.) Marttunen ja Rantanen (2001) puolestaan jakavat aikuistumisen kronologisesti varhaisnuoruuteen (n. 12 - 14 v), varsinaiseen nuoruuteen (n. 15 - 17 v) ja jälkinuoruuteen (n. 18 - 22 v) korostaen, että kukin näistä ikävaiheista sisältää psykologista sopeutumista edellyttäviä fyysisen ja psyykkisen kehityksen haasteita (Marttunen ja Rantanen 2001).

Nuoruusikä on mielenterveyden kehittymisen ja edistämisen näkökulmista tarkasteltuna merkittävä elämänvaihe (Kinnunen 2009). Tietynlainen psyykkinen ja psykosomaattinen oireilu on murrosikää läpikäyvälle ominaista vakaan psyykkisen oiremuodostuksen edellytysten kypsymättömyydestä johtuen. Psyykkisen oireilun pitkäkestoisuus ja yhteys toimintakyvyn heikentymiseen viittaavat sen sijaan alkavaan psykopatologiseen prosessiin ja avun tarpeeseen. Sosiaalisesta vuorovaikutuksesta vetäytyminen, epäsosiaalsiin ryhmiin sitoutuminen, päihteiden säännöllinen käyttö, viiltely kuin myös omaehtoinen laihduttaminen ovat esimerkkejä nuoruusikäisen psyykkisen kehityksen häiriintymisestä. (Aalberg 2014.) Nuoruusikäisten mielenterveyshäiriöihin liittyy runsasta oheissairastavuutta (Suvisaari ym. 2009) ja kroonistumisen riski. Kesslerin ja kollegojen (2005) tutkimukseen osallistuneista mielenterveyshäiriöstä kärsivistä aikuisista (N = 9282) yli puolella oireilu oli alkanut lapsuudessa tai varhaisnuoruudessa (Kessler ym. 2005).

Laihuushäiriön etiologia on monitekijäinen (Raevuori ym. 2013), toisin sanoen laihuushäiriön syntyyn tiedetään liittyvän perimään, vuorovaikutukseen ja ympäristöön liittyviä tekijöitä. Pyrkimykset ymmärtää laihuushäiriön aiheuttajia voidaan jakaa lääketieteellisiin, psykologisiin, psykososiaalisiin ja bio-psyko-sosiaalisiin selitysmalleihin. Hildebrandtin ja kollegoiden (2012) mukaan laihuushäiriöllä on yhteisiä piirteitä ahdistuneisuushäiriöiden, eritoten pakko-oireisen häiriön, kanssa. Ahdistuneisuus on laihuushäiriössä patologista, ja sen laukaisevat ruoka, syöminen, kehon tuntemukset, kehon muoto ja paino sekä sosiaalinen arviointi (Hildebrandt ym. 2012). Loebin ja kollegojen (2012) mukaan perhepohjaisen hoidon (family-based treatment, FBT) transdiagnostisen mallin mukaan syömishäiriön etiologia on tuntematon, mutta syömishäiriö vaikuttaa perheen toimintaan tavoilla, jotka mahdollistavat oireiden jatkumisen ja etenemisen (Loeb ym. 2012).

Perheen mahdollista roolia laihuushäiriön synnyssä tutkittiin enenevässä määrin 1970-luvulla (esim. Bruch 1973, Minuchin, Rosman ja Baker 1978). Tuolloin esitetyt, perhettä negatiivisesti leimaavat

käsitteet, kuten ”enmeshed families” ja ”over-controlling parent”, näkyvät laihuushäiriön hoidossa osin yhä. Perheensisäisillä tekijöillä, kuten konflikteilla, saattaa olla yhteyttä syömishäiriön puhkeamiseen jo sairastumisriskin omaavilla nuorilla (esim. Klump ym. 2009). Sijaa on kuitenkin saamassa 1980-luvun tutkimustyöhön pohjautuva näkemys perheestä voimavarana nuoruusiän laihuushäiriön toipumisprosessissa (le Grange ym. 2010). (Smith ja Cook-Cottone 2011.)

Laihuushäiriö on ICD-10 –tautiluokituksessa käyttäytymisoireyhtymiin (F50-59) luokiteltava mielenterveyden häiriö. Sen diagnostiset kriteerit täyttävällä henkilöllä laihduttaminen alle 15 %: een pituudenmukaisesta keskipainosta tai enintään 17,5 kg/m² painoindeksiin on tarkoituksellista, ja ilmentää pyrkimystä välttää itsen lihavana kokemista ja lihomista. Ruumiinkuvan häiriön lisäksi laihuushäiriöön kuuluu keskeisesti hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriintyminen, mikä naisilla ilmenee kuukautisten puuttumisena ja miehillä libidon heikentymisenä (Ruuska ja Kaltiala-Heino 2015). Huolimatta laihuushäiriön yhteneväisyyksistä psykoosisairauksiin oirekuvan sekä koetun tautitaakan osalta, sitä ei mielenterveyslain 8 §:n määritelmän mukaisesti luokitella mielisairaudeksi (ks. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Tämä vaikuttaa tahdosta riippumattoman hoidon käyttöä koskevaan päätöksentekoon (Treasure ym. 2001, Lindberg ja Sailas 2011.)

Fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen on tavanomainen laihuushäiriön oire (Gümmer ym. 2015). Yhtäältä laihuushäiriöön sairastunut saattaa laihtumistarkoituksessa lisätä liikunnan määrää (Dalle Grave ym. 2008), toisaalta hyperaktiivisuuden taustalla voi olla nälkiintymiseen liittyvä neurobiologinen häiriö (Scheurink ym. 2010). Laihuushäiriöön sairastuneen syömiskäyttäytyminen voi objektiivisesti tarkasteltuna olla irrationaalisii uskomuksiin perustuvaa ja rituaalimaista jopa siinä määrin, että saattaa herätä epäily todellisuudentajun häiriintymisestä (Lindberg ja Sailas 2011). Lääketieteellisten komplikaatioiden esiintyminen restriktiivistä laihuushäiriötä sairastavalla on seurausta laihtumisesta, jossa proteiinia ja rasvaa pilkkoutuu katabolisessa prosessissa elimistön energianlähteeksi. Solujen aineenvaihdunta häiriintyy surkastuttaen aivoja, sisäelimiä ja lihaksia sydänlihas mukaan lukien. Häiriöt sydämen rytmin, verenpaineen, ja ruumiinlämmön säätelyssä ovat tavanomaisia fysiologisen tason komplikaatioita. Komplikaatioiden riskiin vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden ohella painonlaskuun ja laihuushäiriön kestoon liittyvät tekijät (Miller ym. 2005).

2.3 Laihuushäiriö perheen terveyden näkökulmasta

Perheenjäsenen psyykkinen sairastuminen heikentää tutkimusten (esim. Williams ja Mfoafo-M'Carthy 2006, Navidian ja Bahari 2008, Crowe ja Brinkley 2015) mukaan perheen terveyttä ja hyvinvointia monin tavoin. Laihuushäiriön vaikutuksia perheen terveyteen on tutkittu paljon. Perheen terveyden näkökulmasta tarkasteltuna laihuushäiriö kuormittaa eritoten perheitä, jotka ovat perheen elämänkaareissa niin kutsutussa nuoruusikäisen perheen kehitysvaiheessa (Berge ym. 2011).

Perhe on käsitteenä moniselitteinen ja sen määrittely riippuu valitusta näkökulmasta (Faurie ja Kalliomaa-Puha 2010). Tässä tutkimuksessa perheellä tarkoitetaan lapsen psykososiaalisen kehityksen kannalta keskeisintä perusyksikköä (Vuori ym. 2015) ja samalla kahden tai useamman henkilön muodostamaa ryhmittymää, joka määrittää itsensä perheeksi, ja jolle ominaista on sen jäsenten keskinäinen vastuun- ja velvollisuudentunto (Litmala 2003). Tässä tutkimuksessa perheen terveys nähdään perhehoitotieteessä käytetyn määritelmän mukaisesti yksittäisen perheenjäsenen terveystkokemukseen sidoksissa olevana dynaamisena ilmiönä, joka kuvastuu perheen toiminnassa ja perheen vuorovaikutussuhteissa (Hopia 2006, Åstedt-Kurki ym. 2008). Åstedt-Kurjen hoitotieteelliseen tutkimukseen (1992) viitaten perheen ja yksilön terveyden nähdään olevan toisiinsa sidoksissa. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Perheen terveydellä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan myös hoidon kohdetta. Sen nähdään sisältävän sekä hyvinvointiin että sairauteen liittyviä muuttujia (Denham 2002). Prosessinäkökulmasta tarkasteltuna perheen terveys määritellään Tomlinsoniin (1996) viitaten ”perheen eheyden, suhteiden, kehityksen ja selviytymisen vuorovaikutuksellisen prosessina” sekä Hopiaan (2006) viitaten dynamisena, perheenjäsenten välisissä suhteissa ilmenevänä toimintana (Åstedt-Kurki ym. 2008, 16). Viitaten Sladen (2002) taksonomiaan hyvinvoinnilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan subjektiivista hyvinvoinnin kokemusta. Määritelmän mukaan hyvinvoinnin arvioinnin voi tehdä vain ihminen itse. (Slade 2002.)

Tutkimukset ovat osoittaneet laihuushäiriöpotilaiden perheenjäsenillä olevan muuhun väestöön verrattuna enemmän masennus- ja ahdistuneisuusoireilua, toivottomuutta, kuormittuneisuutta ja stressiä (esim. Sim ym. 2009). Laihuushäiriöpotilaiden perheiden kuormittuneisuus ja haavoittuvuus kuvautuu tutkimuksissa, joissa nuoren sairastumista laihuushäiriöön on tarkasteltu vanhempien kokemusmaailman kautta. Eislerin (2005) mukaan syömishäiriöön sairastuneiden perheissä vuorovaikutuksen teemat painottuvat ruokaan, syömiseen ja painoon, ja näihin liittyvistä rutiineista

muodostuu keino selvittää arjessa. Cottee-Lanen ja kollegoiden tutkimukseen (2004) osallistuneet 13-16 vuotiaiden nuorten vanhemmat kuvasivat perheen arjen organisoituvan ruokailutilanteiden perusteella, ja niiden usein johtavan perheenjäsenten välisiin erimielisyyksiin (Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh 2004).

Perhedynamiikan lisäksi laihuushäiriön vaikutuksia perheeseen on tutkittu myös hoitamisen kuormittavuuden näkökulmasta. Whitney'n tutkimusryhmä (2005) selvitti osastohoidossa olevien 14-31 vuotiaiden laihuushäiriöpotilaiden vanhempien kokemuksia lapsensa hoitamisesta. Suurin osa vanhemmista koki keinottomuutta auttaa lastaan. Vanhemmat tunsivat pääosin negatiivisia tunteita, kuten surua, syyllisyyttä, riittämättömyyttä ja toivottomuutta. (Whitney ym. 2005.) Cottee-Lanen ja kollegoiden (2004) tutkimukseen osallistuneet 13-16 vuotiaiden nuorten vanhemmat kokivat haasteelliseksi vanhemman ja lapsen välisen positiivisen suhteen ylläpitämisen ja terveydelle haitalliseen käyttäytymiseen puuttumisen. Vanhemmat olivat huolissaan paitsi sairastuneen nuoren terveydestä myös omasta jaksamisestaan, parisuhteestaan sekä sisarusten hyvinvoinnista. Perheen toimintakykyyn kroonistuneessa laihuushäiriössä yhteydessä olivat koettu kuormittuneisuus, syömishäiriöön liittyvät perheenjäsenten väliset konfliktit ja sosiaalinen tuki (Dimitropoulos ym. 2008).

Lapsen sairastuminen syömishäiriöön muuttaa perheen toimintaa ja perheenjäsenten keskinäisiä vuorovaikutustapoja radikaalisti sairautta ylläpitäviksi. Tämä näkemys pohjautuu malliin laihuushäiriötä ylläpitävästä ihmistenvälisestä vuorovaikutuksesta. Laihuushäiriön kognitiivisessa ihmissuhdemallissa (engl. cognitive interpersonal maintenance model of anorexia nervosa, AN, Schmidt ja Treasure 2006, Treasure ja Schmidt 2013) oletetaan oireilun jumittumisen taustalla olevan perheenjäsenten välisten vuorovaikutuksen häiriöitä. Yksinkertaistaen kuvattuna kyseisen mallin mukaan laihuushäiriö saa mahdollisuuden kukoistaa perheissä, joissa sairastuneen oirekäyttäytymiseen reagoidaan epäedullisella tavalla. Lapsen sairastuttua syömishäiriöön perheen vuorovaikutusta ja tunneilmapiiriä leimaavat salailu (engl. secrecy), pelko (engl. fear), syyllistäminen (engl. blame) sekä ajatus sairastuneen kyvystä kontrolloida oireitaan (engl. internalization of illness). Nämä haitalliset ilmiöt ovat paitsi syömishäiriötä ylläpitäviä myös syömishäiriödiagnoosista riippumattomia (Loeb ym. 2012), toisin sanoen ilmentävät myös laihuushäiriön vaikutusta perheen terveyteen. Salailulla tarkoitetaan joko perheen kyvyttömyyttä tai haluttomuutta tunnistaa syömishäiriön oireita tai näiden piilottelua. Perheenjäsenet, etenkin sisarukset, voivat pelätä sairastuvansa syömishäiriöön itse. Vanhemmat pelkäävät tavanomaisesti lapsensa terveydentilan heikentymistä mikäli oireiluun puututaan, tai toisaalta jätetään puuttumatta. Vastasairastuneella pelko

usein liittyy oireista luopumiseen. Lisäksi perheenjäsenet tyypillisesti syyllistävät itseään ja toisiaan syömishäiriön puhkeamisesta ja virheellisesti uskovat sairastuneen itse voivan hallita oireitaan (Loeb ym. 2012.)

Kognitiivisen ihmissuhdemallin mukaan vanhempien persoona ja kokemus kuormittuneisuus vaikuttavat heidän tapansa ilmaista tunteita ja toimia suhteessa laihuushäiriöön sairastuneeseen lapseensa. Keskeistä mallissa on ajatus siitä, että vanhemmat voivat tiedostamattaan vahvistaa häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä. Kenties eniten haittaa on erityisen voimakkaasta ja kritiikin sävyttämästä tunneilmaisusta. Perheen sopeutuminen laihuushäiriöön nähdään esteeksi siitä toipumiselle, ja kehitteillä olevissa interventioissa pyritään pureutumaan mallissa esitettyihin kognitiivisiin, sosio-emotionaalisiin ja vuorovaikutuksellisiin tekijöihin. Laihuushäiriön kognitiivinen ihmissuhdemalli on empiirisesti osittain todennettu Goddardin tutkimusryhmän (Goddard ym. 2013) toteuttamassa tutkimuksessa. Sen tulokset osoittivat polun laihuushäiriön oireilun ja vanhempien kuormittuneisuudesta johtuvan voimakkaan tunneilmaisun ja psyykkisen kontrolloinnin välillä. Tutkijat päättelivät vanhempien kuormittuneisuuden lieventämiseen pyrkivillä interventioilla voitavan edistää laihuushäiriöpotilaan toipumista (Goddard ym. 2011, Grover ym. 2011, Goddard ym. 2013).

2.4 Psykososiaaliset perheinterventiot perheen terveyden edistämisen väylänä ja tutkimuskohteena

Hoitamattomana laihuushäiriö on vaiheittain etenevä mielenterveyden häiriö, jonka hoitovaste ja hoidon tavoitteet on suhteutettava sairauden kestoon. Laihuushäiriön vaiheita kuvaavan mallin puute rajoittaa interventioiden valintaan liittyvää päätöksentekoa (Toyz ja Hay 2015.) Tämän tutkimuksen kohteena ovat laihuushäiriön psykososiaaliset perheinterventiot. Niitä tarkastellaan suhteessa avohoitoon, jolla nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen tarpeisiin vastaamisessa on terveyspalvelujärjestelmässä keskeinen rooli (Käypä hoito-suositus 2014).

Psykososiaalinen-käsite on monimerkityksinen ja tieteenalasta riippuvainen. Sillä voidaan tarkoittaa niin hoidettavia ongelmia kuin niiden syitä tai hoitomuotoja (Weckroth 2007). Interventio voidaan määritellä menetelmäksi, jota käytetään autettaessa ihmistä selviytymään sairautensa kanssa sekä edistämään terveyttään (Rycloft-Malone ym. 2004). Perheen terveyden edistäminen on

terveydenhuollon ammattilaisten luomien toiminnallisten mahdollisuuksien puitteissa tapahtuvaa vanhempien mukanaoloa, osatoimijuutta, sitoutumista ja vastuunottamista (Sirviö 2010).

Terveystenhuollon ammattilaisen näkökulmasta psykososiaaliset perheinterventiot voidaan nähdä perheen terveyden edistämisen väylänä, sillä avohoidossa tapahtuvassa psykiatrisessa perhehoitotyössä psykososiaalisten perheinterventioiden käyttö antaa puitteet kohdata perheen todellisuus (ks. Pitkänen ym. 2002, Hopia 2006, 92-101). Laihuushäiriöpotilaan perheen kohdalla tämä tarkoittaa laihuushäiriön perheessä aiheuttamien terveyden muutosten sekä avun tarpeen huomiointia kuin myös voimavarojen käyttöönottoon tukemista (esim. Turrell ym. 2005, Dimitropoulos ym. 2008, Keitel ym. 2010, Dimitropoulos ym. 2013, Treasure ja Schmidt 2013).

Psykososiaalisilla perheinterventioilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa laihuushäiriön hoitomuotoina käytettävää perheterapiaa, strukturoitua vanhempainohjausta ja perheterapeuttisia hoito-ohjelmia (Vuori ym. 2015) niiden teoreettisesta perustasta ja toteutustavasta riippumatta.

Perheterapia on saavuttanut laihuushäiriön avohoidossa vakiintuneen aseman (Hildebrandt ym. 2012). Aaltosen (2006) mukaan perheterapia on ”ammattillinen ja tietoinen pyrkimys ja keino tutkia, ymmärtää ja hoitaa perheensisäisessä vuorovaikutuksessa ja yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä.” (Aaltonen 2006, 722). Perheterapiassa terapeutti tapaa perheenjäseniä tietyn terapiaprosessin ajan, ja terapeutin vuorovaikutustaidot ovat hoidon onnistumisen kannalta keskeisessä asemassa (Karver ym. 2006, Vuori ym. 2015). Laihuushäiriöön liittyvän perheterapiatutkimuksen ”isänä” pidetään Salvador Minuchinia (1921-), jonka tutkimusryhmän vuonna 1978 julkaisema seurantatutkimus osoitti avohoidossa toteutettavan perheterapeuttisen intervention vaikuttavan laihuushäiriöpotilailla painonnousuun ja laitoshoidon tarpeen vähenemiseen (Eisler 2005).

Perheterapeuttisen intervention valintaa tukevia perusteluja kirjallisuudessa on useita, ja ne liittyvät paranemisennusteeseen (Steinhausen 2002, Anzai ym. 2002, NICE 2004, Fichter, Quadflieg ja Hedlund 2006, Agras ja Robinson 2008, Treasure ja Russell 2011), nuoruusiän kasvun ja kehityksen tukemiseen (vrt. Offord 2006), osastohoidon haittojen minimoimiseen (Vandereycken 2011) sekä kustannusvaikuttavuuteen (Lock ym. 2008). Lisäksi tutkimustulokset ovat osoittaneet vanhempien olleen tyytyväisiä mahdollisuudestaan osallistua laihuushäiriötä sairastavan lapsensa hoitoon (Halvorsen ja Heyerdahl 2007).

Nuorten laihuushäiriöpotilaiden hoidossa perheterapeuttisista interventioista nk. perhepohjainen hoito (engl. family-based treatment, FBT) on ajankohtainen ja terveystieteellisesti kiinnostava

hoitomuoto, koska se ilmentää hoitosuosituksen (NICE 2004, Ebeling ym. 2009, Käypä hoito –suositus 2014) mukaista pyrkimystä hyödyntää vanhempia laihuushäiriön avohoidon hoitoresurssina. Perhepohjainen hoito ei kuitenkaan sovellu kaikille (Eisler ym. 2000, Lock 2011), joten sille tarvitaan vaihtoehtoja.

Hoitotieteessä tarvitaan tietoa siitä, millaisin menetelmin perheitä hoidetaan ja mikä on hoitomenetelmien vaikutus perheen terveyteen (Aho ym. 2004). Hoitotyön interventioiden mahdollisimman selkeä määrittely ja kuvaaminen edistää hoitotyön ja hoitotieteen kehittämistä (Conn ym. 2008, Forbes 2009). Vaikka perheisiin kohdistuvien interventioiden kuvaamisen ja vaikuttavuuden osoittamisen tärkeys hoitotyön kehittämisen kannalta on hoitotieteessä laajalti tunnistettu (esim. Kazak 2002, Aho ym. 2004) on perheiden terveyteen liittyvä kotimainen interventiotutkimus ollut vähäistä ja sen määrää tulisi lisätä (Hopia 2006). Suomessa aiemmin julkaistut hoitotyön interventiotutkimukset ovat liittyneet Alzheimerin tautia, syöpää, aivoverenkierron häiriötä tai skitsofreniaa sairastaviin potilaisiin ja heidän perheisiinsä (Mattila ym. 2009). Hopian (2006) toteuttaman toimintatutkimuksen osana luotiin sairaalahoidossa olevan somaattisesti pitkäaikaissairaan lapsen perheen terveyttä edistävä interventio (Hopia 2006). Kansainvälistä tutkimustietoa psykososiaalisten perheinterventioiden vaikuttavuudesta on olemassa runsaasti lasten vaikeaoireisen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD), uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden (Vuori ym. 2015) sekä nuorten laihuushäiriön hoidossa (Lock 2011).

Psykososiaalisia perheinterventioita osana mielenterveyspalvelujärjestelmää käytetään angloamerikkalaisiin maihin verrattuna Suomessa vielä vähän minkä lisäksi aiheeseen liittyvä kotimainen tutkimus on melko vahvasta yksilöterapiaperinteestä mahdollisesti johtuen vähäistä. Sen lisäksi, että psykososiaaliset perheinterventiot soveltuvat palvelujärjestelmään monipuolisesti ja ovat laitoshoidon verrattuna kustannustehokkaiksi todettuja niiden käyttö mahdollistaa lapsiperheiden hyvinvointiin liittyviin tarpeisiin vastaamisen. (NICE 2004, Knapp ym. 2011, Käypä hoito–suositus 2014, Järvi ja Jyrinki 2014, Vuori ym. 2015.)

2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Tutkimuksen lähtökohdat perustuvat tutkimustuloksiin, joiden mukaan nuoren sairastuminen laihuushäiriöön vaikuttaa monin tavoin perheen terveyteen. Vaativassa elämäntilanteessaan olevat perheet tarvitsevat terveydenhuollon ammattilaisten apua. Tiedetään myös, että perhehoitotyön

interventiotutkimuksille on tarvetta. Kirjallisuuskatsauksen lähtökohdaksi valittiin perheitä osallistava suuntaus syömishäiriöiden hoidossa, koska siinä perhe osallistuu laihuushäiriöön sairastuneen perheenjäsenen hoitoon ja kantaa siitä vastuun yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata nuoruusiän laihuushäiriön avohoitoon kehitettyjen psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteitä ja vaikutuksia nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nuorten laihuushäiriöpotilaiden polikliinisen perhehoitotyön sisällön kehittämisessä. Lisäksi tavoitteena oli etsiä tietoa perhehoitotieteellistä lisätutkimusta edellyttävistä alueista. Tutkimuksen kohteena oli terveystieteellinen artikkeliaineisto.

Tutkimuskysymykset:

- (1) Mitkä ovat nuoren laihuushäiriöpotilaan avohoitoon kehitettyjen psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteet?
- (2) Miten psykososiaalisten perheinterventioiden käyttö vaikuttaa nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyteen ja hyvinvointiin avohoidon aikana ja seurannassa?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kirjallisuuskatsaus, koska tutkimuksen kohteena oli tehty tutkimus (Salminen 2011). Kirjallisuuskatsaus on retrospektiivinen tutkimusmenetelmä (Clarke 2008), jonka avulla aihetta käsittelevä aiempi tutkimuskirjallisuus voidaan tunnistaa, arvioida ja koota yhteen tutkimuksen luotettavuuteen tietoisesti pyrkien (Fink 2005, Gough, Thomas ja Oliver 2012). Kirjallisuuskatsauksen käyttöä puolsi myös pyrkimys löytää vastaus useampaan tutkimuskysymykseen (Higgins ja Green 2011) sekä osoittaa aihepiiriä koskeva tiedon puute (Kääriäinen ja Lahtinen 2006, Burns ja Grove 2009).

Kirjallisuuskatsaus on rajattuun ilmiöön kohdistuva, metodisesti monenkirjava ja perhehoitotieteessäkin tärkeänä pidetty tutkimusmenetelmä (Cooper 2010, Sandelowski ym. 2012, Whitemore ym. 2014). Sen tekeminen edellyttää tutkijalta tarkkuutta (Metsämuuronen 2005), mistä syystä oikeaoppinen toteuttaminen voi olla kokemattomalle tutkijalle ongelmallista. Kirjallisuuskatsausta tekevältä tutkijalta edellytetään tieteellisen tiedonhaun osaamisen lisäksi kykyä hallita tiedonhaun tuloksena syntynyttä ja varsinaista aineistoa laajempaa viitteiden kokonaisuutta kuin myös aineiston haku- ja valintaprosessin tarkoin raportoimista (Moher ym. 2009, Havill ym. 2014).

Tässä tutkimuksessa kirjallisuuskatsaus toteutettiin Finkin (2005: 3-5) esittämän seitsenvaiheisen mallin mukaisesti. Prosessi käynnistyi tutkimuskysymysten valinnalla, minkä jälkeen valittiin tietokannat ja käytettävä taustakirjallisuus. Tutkimuskysymyksiä ja tietokantoja valittaessa konsultoitiin pro gradu -tutkielman ohjaajia. Hakutermit valittiin terveystieteellisen tiedon hakuun perehtyneen informaatikon kanssa tarkoituksena hakutulosten rajaaminen koskemaan asetettuja tutkimuskysymyksiä. Tämän jälkeen, etukäteen laadittujen valintakriteerien avulla, aineisto seulottiin. Seuraavaksi tutkimusten laatu arvioitiin ja keskeiset tiedot uutettiin taulukoihin (liitteet 2-4). Katsauksen toteuttamisen jälkeen tutkimustulokset raportoitiin ja niistä tehtiin synteesi. (Fink 2005, Salminen 2011.)

Seuraavaksi kuvataan yksityiskohtaisemmin kirjallisuuskatsausprosessin vaiheittaista toteuttamista edeten tutkimusten valintakriteerien määrittelystä hakustrategian noudattamiseen,

alkuperäistutkimusten laadun arviointiin ja tiedon uuttamiseen. Ennen tutkimustulosten raportoimista kuvataan myös sisällönanalyysin toteuttamista tässä tutkimuksessa.

4.1 Tutkimusten valintakriteerien määrittely

Tullakseen valituksi aineistoon tutkimusartikkelin tuli olla tieteellisessä aikakauslehdessä englanniksi vuosina 2006-2016 julkaistu alkuperäistutkimus, jossa kuvataan tai arvioidaan avohoidossa toteutettua psykososiaalista perheinterventiota nuoren laihuushäiriöpotilaan hoidossa. Lisäksi tutkimusartikkelin tuli täyttää alla esitetyt valintakriteerit. Tutkimusten valintakriteerien laadinnassa sovellettiin *the Cochrane Reviewer's Handbook* –käsikirjan ohjeistusta (ks. Higgins & Green 2011).

Tutkimuksiin osallistujat

Aineistoon valittiin tutkimukset, joihin osallistujina oli nuoria laihuushäiriöpotilaita ja heidän perheenjäseniään. Perheenjäseniksi luokiteltiin tutkimuksissa mainitut laihuushäiriöpotilaan perheenjäsenet iästä ja sukulaisuussuhteesta riippumatta. Tutkimuksissa ei edellytetty perheen olevan ensisijainen hoidon toteuttaja. Laihuushäiriötä ei rajattu sairastamisen vaiheen tai sairauden vaikeusasteen mukaisesti. Tutkimukset, joiden ensisijainen fokus ei ollut laihuushäiriö, tai joissa sitä ei ollut mainittu kliinisenä diagnoosina, jätettiin aineiston ulkopuolelle. Laihuushäiriön tai sen subkliinisen muodon diagnostiikan tuli pohjautua DSM-III (APA 1980), DSM-III-R (APA 1987), DSM-IV (APA 1994), DSM-IV-TR (APA 2000), DSM-5 (APA 2013) tai ICD-10 (WHO 1993) tautiluokituksessa esitettyihin kriteereihin ja/tai kliiniseen kuvaan. Muita syömishäiriötä (esim. BN, BED, EDNOS) sairastavat rajattiin kohderyhmän ulkopuolelle. Laihuushäiriöpotilaista vähintään puolen tuli olla tutkimushetkellä avohoidossa tai seurannassa olevia nuoruusikäisiä tai nuoria aikuisia, joiden ikä oli vähintään 12 vuotta ja korkeintaan 24 vuotta. Kohderyhmän ulkopuolelle rajattiin lapset, eli <12-vuotiaat, ja aikuiset, eli >24-vuotiaat, laihuushäiriöpotilaat.

Interventiotyypit

Yksittäisenä tai osana laihuushäiriöpotilaan muuta hoitoa toteutetun tutkittavan intervention tuli olla avohoidossa toteutettu psykososiaalinen perheinterventio. Interventiolla tarkoitettiin tässä tutkimuksessa menetelmää, jolla pyritään vaikuttamaan diagnosoidun sairauden hoitotulokseen.

Tarkastelu rajattiin koskemaan perheterapiaa, strukturoitua vanhempainohjausta ja perheterapeuttisia hoito-ohjelmia (ks. Vuori ym. 2015) laihuushäiriön hoidossa. Interventiolta edellytettiin, että siitä oli käytetty perhelähtöiseen lähestymistapaan viittaavaa käsitteistöä, kuten ”family-based treatment” tai ”family therapy” tai että siinä vanhempien osallistumisella hoitoon oli keskeinen rooli (ks. Fisher ym. 2010). Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin laihuushäiriön lääkehoitoa, vuodeosastohoitoa ja kuntoutusta käsittelevät tutkimukset kuin myös interventioiden kustannuksia koskevat arvioinnit. Tutkimukseen hyväksyttiin yksilöhoitoon liittyvät tutkimukset edellyttäen, että perheen osallistumisessa hoitoon oli keskeinen rooli. Vertailuasetelmaa ei edellytetty, mutta mahdolliseksi vertailuinterventioksi hyväksyttiin lääkehoito, sama psykososiaalinen perheinterventio eri intensiteetillä toteutettuna, tai jokin muu avohoidossa toteutettu laihuushäiriön hoitoon kehitetty interventio.

Konteksti

Aineistoon valittavilta tutkimuksilta edellytettiin, että niissä kuvattu psykososiaalinen perheinterventio oli toteutettu avohoidossa, kuten sairaalan poliklinikalla, potilaan kotona tai tutkimuskeskuksessa. Laitoshoidossa toteutetut tutkimukset jätettiin aineiston ulkopuolelle. Rajausta kulttuurillisesti tai maantieteellisesti länsimaiseen kontekstiin ei tehty, jotta aineistosta saataisiin mahdollisimman kattava.

Tutkimustyytit

Aineistoon hyväksyttiin kvantitatiivisia kokeellisia ja kuvailevia tutkimuksia. Kvantitatiiviset tutkimukset, joissa hyödynnettiin johonkin muuhun tarkoitukseen kerättyä aineistoa hyväksyttiin sillä edellytyksellä, että ne liittyivät tutkimusaiheeseen. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset rajattiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle, koska ne eivät täyty alkuperäistutkimuksen kriteeriä. Aineistoon hyväksyttiin laadullisia tutkimuksia niiden teoreettisista lähtökohdista riippumatta.

Tulosmuuttajat

Tulosmuuttujina sekä kvantitatiivisissa että kvalitatiivisissa tutkimuksissa huomioitiin laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyden tai hyvinvoinnin kannalta merkitykselliset lopputulosmuuttajat riippumatta käytetystä tiedonkeruumenetelmästä. Tulosmuuttujiksi hyväksyttiin esimerkiksi absoluuttinen paino tai keskimääräinen painoindeksi, remissio, syömishäiriön

oirekyselyn summapisteeet, hoitoon tyytyväisyys, psyykkisen vointi, toimintakyky, elämänlaatu, relapsi, ja koetut oireet (ks. Malmivaara 2008, Fisher 2010, Touyz & Hay 2015).

4.2 Hakustrategia

Tiedonhaku toteutettiin kolmessa vaiheessa. Alustavan tiedonhaun tarkoituksena oli löytää tutkimusaiheeseen liittyvä aiempi kotimainen ja ulkomainen tutkimus sekä hoitosuositukset. Tutkimusaiheeseen liittyvän kotimaisen tutkimuksen ja hoitosuositusten löytämiseksi tehtiin haut tietokannoissa: *Medic*, *Hoitotyön tutkimussäätiö*, ja *Käypä hoito-suositukset*. Vastaavasti ulkomaisen tutkimuksen ja hoitosuositusten löytämiseksi tehtiin haut systemaattisten katsausten tietokannoissa: *Cochrane Collaboration Database of Systematic Reviews*, *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews*, sekä *Centre for Reviews and Dissemination*. Alustavalla tiedonhaulla tietoa löytyi niin näyttöyhteenvedoiksi tiivistetyn tiedon kuin hoitosuosituksiksi tiivistetyn tiedon tasoilla (Saunders 2015). Kotimaista tutkimusta aiheesta ei suomenkielisiä opinnäytetöitä lukuun ottamatta löytynyt. Tutkimusaihetta sivuavat suomenkieliset opinnäytetyöt (n = 3) olivat pro gradu –tutkielmia, joten ne jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Alustavan tiedonhaun tuloksena löytyneitä tutkimusaiheen kannalta relevantteja vertaisarvioituja katsausartikkeleita hyödynnettiin tutkimuksen johdantoa ja lähtökohtia kirjoitettaessa. Yhteenveto tiedonhaun tuloksista on esitetty liitteessä 1.

Varsinaisen haun tarkoituksena oli selvittää parhaan saatavilla olevan tiedon olemassaolo koskien kliinistä kysymystä (Saunders 2015). Varsinainen haku käynnistyi yhteistyössä terveystieteellisen tiedon hakuun perehtyneen informaatikon kanssa helmikuussa 2015. Hänen opastuksellaan laadittiin hakustrategia ja toteutettiin Medical Subject Headings (MeSH)–termeihin pohjautuva haku *Medline*-tietokantaan tarkoituksena saada käsitys tutkimusaiheeseen liittyvien alkuperäistutkimusten lukumäärästä sekä tarkentaa hakulausekkeita. Perushakulausekkeena kyseisessä haussa oli “Family Nursing OR Family Therapy OR Family Health OR Family Practice AND Anorexia Nervosa OR Anorexia Nervosas”. Hakutulokset käytiin läpi otsikko-, abstrakti- ja indeksitermien tasoilla. Hakustrategian tarkoituksena oli paikantaa vuosina 2006 - 2016 englanniksi julkaistut PICOT-kriteerit täyttävät alkuperäistutkimukset. Varsinaista tiedonhakua jatkettiin itsenäisesti *Cinahl*- ja *PsycInfo*-tietokannoissa. Käsien haulla löytyneiden tutkimusten lähdeluetteloista uusia artikkeleita ei löytynyt. Uusintahaku perushakulausekkeella toteutettiin elokuussa 2016 kaikissa edellä mainituissa tietokannoissa. Uusintahauksen tarkoituksena oli paikantaa tutkimusaiheeseen liittyvä tuorein tutkimustieto. Uusintahauksen tuloksena löytyi yksi, vuonna 2016 julkaistu, tutkimusartikkeli.

TAULUKKO 1. Esimerkki Medline-tietokannassa toteutetusta hausta elokuussa 2016

#	Hakustrategia	Viitteet	Hakutyyppi
1	expFamily Nursing/ orexpFamily Therapy/ orexpFamily Health/ orexpFamily Practice	93738	Advanced
2	expAnorexiaNervosa/	11532	Advanced
3	("anorexia nervosa"or"anorexianervosas").mp.	13987	Advanced
4	Limit 3 to yr="2013 –Current"	2110	Advanced
5	2 or 4	12409	Advanced
6	1 and 5	383	Advanced
7	limit 6 to abstracts	277	Advanced
8	limit 7 to english language	234	Advanced
9	Limit 8 to yr="2000-Current"	141	Advanced

Tietokantahaut tuottivat yhteensä 337 viitettä. Niistä 286 viitettä hylättiin seuraavin perustein: päällekkäisyys (n = 83), otsikko ei liity tutkimusaiheeseen tai otsikon perusteella kyseessä on katsausartikkeli (n = 155), abstrakti ei täytä PICOT-kriteereitä (n = 28), kokoteksti ei täytä PICOT-kriteereitä (n = 20). Tietokantakohtaiset listat viitteiden valinnasta on saatavana tutkimuksen tekijältä. Aineiston haku- ja valintaprosessi on esitetty kuviossa 1 vuokaaviona.

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu lääketieteen, hoitotieteen ja psykologian käytetyimmistä tietokannoista Medline, CINAHL ja PsycINFO paikannetuista alkuperäistutkimuksista. Aineistoon mukaan otettiin yhteensä 51 PICOT-kriteerit kokotekstin lukemisen perusteella täyttäneitä alkuperäistutkimusta.

4.3 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Valintakriteerit täyttäneiden kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimusten menetelmällisen laadun arvioinnissa käytettiin *Joanna Briggs Instituutin* kehittämiä standardoituja arviointilomakkeita (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016). Tutkimusten menetelmällisen laadun arvioinnissa käytettiin kvantitatiivisten tutkimusten osalta lomaketta *Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kokeelliselle tutkimukselle* (JBI 2011) sekä *Kriittisen arvioinnin tarkistuslista kuvailevalle tutkimukselle/tapaussarjalle* (JBI 2011). Kvalitatiivisten tutkimusten osalta käytettiin lomaketta *Kriittisen arvioinnin tarkistuslista tulkinalliselle ja kriittiselle tutkimukselle* (JBI 2011).

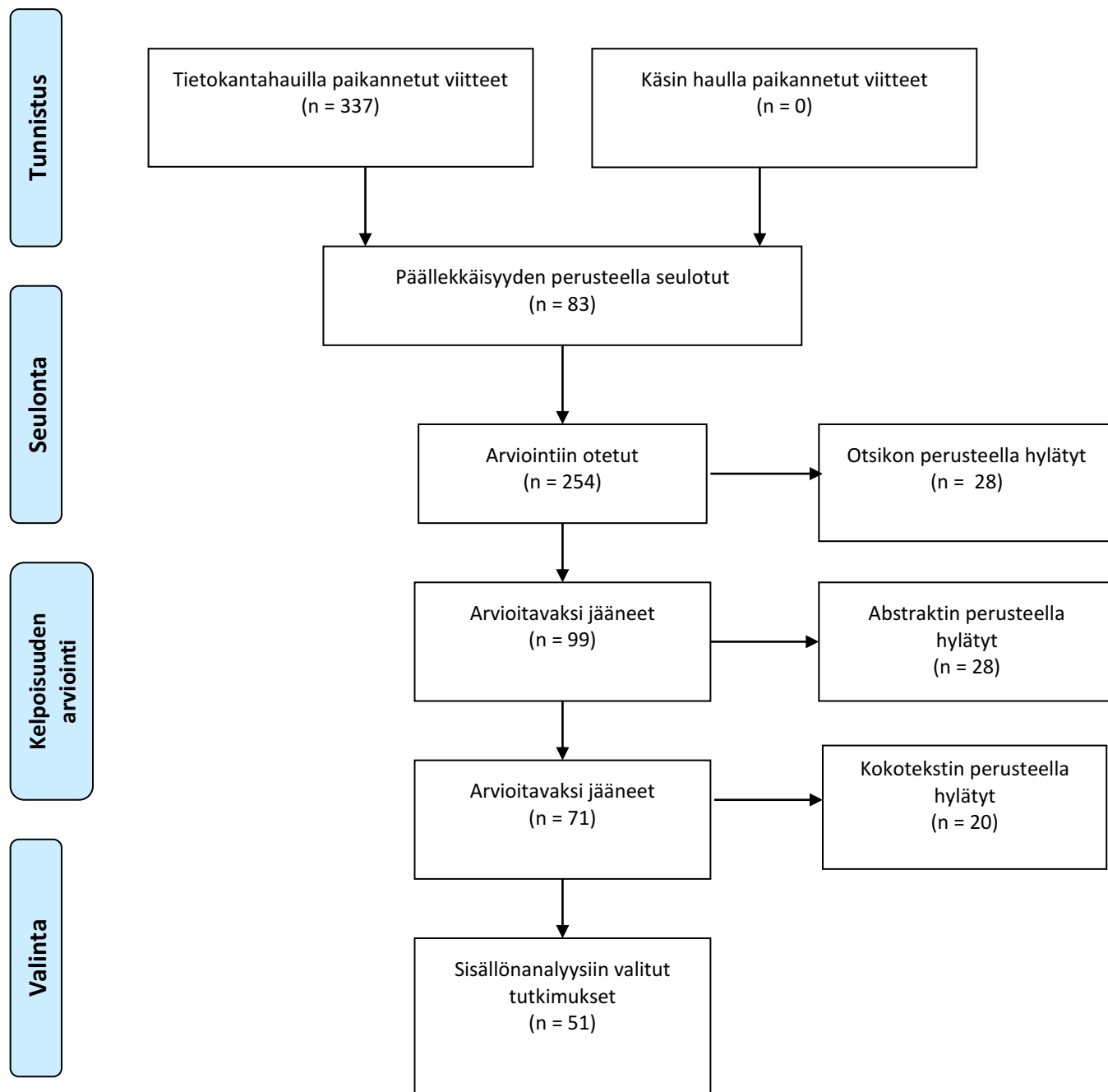
Tutkimusartikkelit pisteytettiin. Kvantitatiivisissa kuvailevissa tutkimuksissa mahdollinen maksimipistemäärä oli 9 ja kvantitatiivisissa kokeellisissa tutkimuksissa sekä kvalitatiivisissa tutkimuksissa suurin mahdollinen pistemäärä oli 10. Menetelmällisen laadun arvioinnissa saadut pisteet kirjattiin kirjallisuuskatsaukseen valittuja tutkimuksia kuvaavaan taulukkoon (liite 2).

4.4 Tiedon uuttaminen alkuperäistutkimuksista

Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tieto uutettiin (engl. data extraction) alkuperäistutkimuksista taulukkoon (liite 2). *Joanna Briggs Instituutin* tarkoitusta varten kehittämiä tiedon uuttamislomakkeita ei tässä tutkimuksessa käytetty. Taulukkoon uutettiin jokaisesta tutkimuksesta keskeiset tiedot: tutkimus, maa, tutkimusasetelma, otoskoko, interventio, vertailuinterventio, tulospuuttajat, tiedonkeruu, mittaushetki ja laadun arvioinnissa saadut pisteet (liite 2).



PRISMA 2009 Flow Diagram



KUVIO 1. Vuokaavio aineiston haku- ja valintaprosessista. Lähde: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e000097. doi: 10.1371/journal.pmed1000097. www.prisma-statement.org

4.5 Aineiston kuvaus

Tutkimusaineiston muodostavat yhteensä 51 englanninkielistä, vuosina 2006-2016 julkaistua alkuperäistutkimusta, joissa kuvataan iältään nuoruusikäisten ja nuorten aikuisten laihuushäiriöpotilaiden avohoidossa käytettyjä psykososiaalisia perheinterventioita. Seuraavaksi aineistoon valittuja tutkimuksia kuvataan tutkimusasetelmien, menetelmällisen laadun, osallistujien, käytettyjen tiedonkeruumenetelmien, tutkimusaiheiden sekä keskeisten tulostulosten osalta Thornicroftin ja Sladen (2014) taksonomian kautta.

Tutkimusasetelmat

Tutkimuksista 27 oli toteutettu Yhdysvalloissa, 6 Australiassa, 5 Isossa-Britanniassa, 3 Kanadassa, 3 Ruotsissa, ja 2 Ranskassa. Italiassa, Brasiliassa, Tanskassa ja Belgiassa toteutettuja tutkimuksia oli kustakin maasta yksi. Yhdessä tutkimusartikkeleista (Hildebrandt ym. 2012) julkaisumaata ei ollut mainittu. Interventiotutkimukset olivat *vaiheeltaan* (Thornicroft ja Slade 2014) faasin I-III tutkimuksia perustuen siihen, että aineistossa oli sekä alustavia tutkimuksia että satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. Tapaustutkimuksia ja tapaussarjoja lukuun ottamatta interventiotutkimuksissa potilaita oli muutamista kymmenistä hieman yli sataan. Laajimmat tutkimuksista oli kansallisia monikeskustutkimuksia, joissa osassa psykososiaalista perheinterventiota verrattiin toiseen psykososiaaliseen hoitomuotoon tai tavanomaiseen hoitoon.

Suurin osa ($n = 47$) tutkimuksista oli kvantitatiivisia. Tutkimusaineistojen jatkokäyttö oli yleistä, sillä tutkimuksista 19 oli sekundaarianalyysijä (Lock ym. 2006a, Pereira ym. 2006, Eisler ym. 2007, Rhodes ym. 2009, Le Grange ym. 2011, Rockwell ym. 2011, Ellison ym. 2012, Le Grange ym. 2012, Darcy ym. 2013, Forsberg ym. 2013, Accurso ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Byrne ym. 2015, Ciao ym. 2015, Madden ym. 2015, Marzola ym. 2015, Rienecke ym. 2016).

Kvantitatiivisista tutkimuksista 16 (Lock ym. 2006a, Lock ym. 2006b, Eisler ym. 2007, Gowers ym. 2007, Rhodes ym. 2008, Lock ym. 2010, Godart ym. 2012, Le Grange ym. 2012, Forsberg ym. 2013, Agras ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Accurso ym. 2015, Byrne ym. 2015, Ciao ym. 2015, Lock ym. 2015) oli asetelmaltaan kokeellisia tutkimuksia. Niistä satunnaistettuja kontrolloituja kokeita oli yhteensä kuusi (Gowers ym. 2007, Rhodes ym. 2008, Lock ym. 2010,

Godart ym. 2012, Agras ym. 2014, Lock ym. 2015). Kvasikokeellisia tutkimuksia oli yksi (Accurso ym. 2015).

Tutkimusasetelmaltaan kuvailevia kvantitatiivisia tutkimuksia aineistossa oli yhteensä 31 (Paulson-Karlsson ym. 2006, Pereira ym. 2006, Loeb ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Couturier ym. 2010, Doyle ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Le Grange ym. 2011, Loeb ym. 2011, Rockwell ym. 2011, Ellison ym. 2012, Hurst ym. 2012, Isserlin & Couturier 2012, Dalle Grave ym. 2013, Merwin ym. 2013, Hollesen ym. 2013, Darcy ym. 2013, Doba ym. 2013, Accurso ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Gabel ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Gelin ym. 2015, Marzola ym. 2015, Lask & Roberts 2015, Madden ym. 2015, Timko ym. 2015, Chen ym. 2016, Rienecke ym. 2016). Tutkimuksista viisi oli tutkimusasetelmaltaan laadullisia (Rhodes ym. 2009, Bezance ym. 2014, Voriadaki ym. 2015, Engman-Bredvik ym. 2016, Wagner ym. 2016).

Tutkimusten laatu

Tutkimussuunnitelmassa kirjallisuuskatsaukseen sisällytettävien kvantitatiivisten tutkimusten menetelmälliselle laadulle asetettiin katkaisupiste, jonka perusteella tutkimus olisi jätetty katsauksen ulkopuolelle. Tutkimuksen ulkopuolelle suunniteltiin jätettäväksi alle pistemäärän 6/10 tai 5/9 saavat, eli menetelmällisesti heikot, tutkimukset (ks. Townshend ym. 2016). Menetelmällisen laadun arviointi kuitenkin osoitti yhteensä 40 alkuperäistutkimuksen olevan menetelmälliseltä laadultaan heikkoja. Menetelmälliseltä laadultaan keskinkertaisia tutkimuksia oli neljä, ja menetelmällisesti korkeatasoisia yhteensä seitsemän. Jotta tutkimusaineisto ei olisi jäänyt liian suppeaksi menetelmällisen laadun katkaisupisteestä päätettiin luopua. Näin ollen myös menetelmälliseltä laadultaan heikot alkuperäistutkimukset hyväksyttiin aineistoon. Tutkimusaineistoon hyväksyttiin yhteensä 51 alkuperäistutkimusta.

Osallistujien taustatiedot

Aineistoon sisältyvissä tutkimuksissa otoskoko oli suurimmillaan satunnaistetuissa kontrolloiduissa kokeissa ($n = 121$) ja pienimmillään tapaustutkimuksessa ($n = 1$). Tutkimuksissa ei ollut yhtenäistä nuoruusiän tai nuoren aikuisuuden ikämääritelmää. Lukuun ottamatta nuorten aikuisten laihuushäiriöpotilaiden perhepohjaista hoitoa koskevaa tutkimusta (Chen ym. 2016), jossa vanhin potilaista oli 26-vuotias, osallistujat olivat iältään 12-24 vuotiaita. Sukupuolijakauma oli tutkimuksissa epätasainen siten, että selkeä enemmistö laihuushäiriöpotilaista oli tyttöjä tai nuoria

aikuisia naisia. Laihuushäiriön kesto vaihteli hieman alle vuodesta neljään vuoteen. Laihuushäiriöpotilailla hoidon tarve liittyi laihuushäiriöön tai sub-kliiniseen laihuushäiriöön, lisäksi osalla sairastuneista oli muita psykiatrisia liitännäissairauksia, kuten masennus, ahdistuneisuushäiriö tai pakko-oireinen häiriö.

Tiedonkeruumenetelmät

Tutkimuksissa oli käytetty tiedonkeruumenetelminä paino- ja pituusseurannan ja kasvukäyrien, ohella kyselyä haastatellen ja strukturoiduin oirekyselylomakkein. Pääsääntöisesti vastausaktiivisuus oli tutkimuksissa hyvä ja kato pieni. Lisäksi tietolähteinä oli käytetty potilaskertomuksia. Satunnaistetuissa kliinisissä kokeissa kyselyjä käytettiin kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Kyselyn kohteena oli osassa tutkimuksissa potilas, potilaan lisäksi vanhemmat, yhdessä tutkimuksessa vain äidit. Tutkimuksissa oli käytetty sekä objektiivisiä että subjektiivisiä tiedonkeruumenetelmiä, kuten havainnointia, haastattelua ja itse täytettäviä oirekyselyitä. Tutkimuksissa oli käytetty standardoituja psykometrisiä mittareita syömishäiriön ja keskeisten psykiatristen liitännäissairauksien oireiden esiintymisen ja voimakkuuden arviointiin. Osassa tutkimuksista pituus- ja painoseurantatiedot perustuivat potilaiden tai vanhempien itsearviointiin.

Tutkimuksissa oli käytetty monipuolisesti standardoituja kansainvälisiä mittareita. Niiden kuvaus oli osin puutteellista siten, että joissakin tutkimuksissa mittarista oli mainittu vain sen lyhenne. Tietoa oli kerätty potilaalta koskien mahdollisia psykiatrisia liitännäissairauksia ja niiden vaikeusastetta, syömishäiriöoireiden esiintymistä ja vaikeusastetta, ihmissuhdevaikeuksia, minäpystyvyyttä, itsetuntoa, elämänlaatua, muutosvalmiutta, pituutta ja painoa. Tietoa oli kerätty vanhemmilta koskien potilaan syömishäiriöoireita, vanhempien kuormittuneisuutta, tunneilmaisua, perheen toimintakykyä ja minäpystyvyyttä suhteessa laihuushäiriön hoitoon. Tutkimusasetelmasta riippuen tietoa oli kerätty ennen interventiota, sen aikana, intervention lopussa ja/tai seurannassa. Lisäksi tietoa oli kerätty kliinisellä haastattelulla, pituus- ja painoseurannalla, puolistrukturoidulla haastattelulla, avoimella haastattelulla, fokusryhmähaastattelulla, suoralla havainnoinnilla, hoitokäyntien tallenteiden havainnoinnilla, päiväkirjoista ja ei-standardoidulla itsearviointimittarilla. Taulukot tutkimukseen osallistujien taustatiedoista ja tiedonkeruumenetelmistä on saatavana tutkimuksen tekijältä.

Tutkimusaiheet

Tutkimusaiheet liittyivät psykososiaalisen perheintervention vaikuttavuuden, pitkäaikaisvaikuttavuuden, koetun hyödyn, hyväksyttävyyden ja siirrettävyyden selvittämiseen (liite 2). Vaikuttavuutta selvittäneissä tutkimuksissa perheterapeuttista interventiota oli verrattu yksilöhoitoon, toiseen perheterapeuttiseen interventioon tai tavanomaiseen hoitoon. Lisäksi vertailua oli tehty intervention keston näkökulmasta. Tutkimuksissa kuvatut psykososiaaliset perheinterventiot painottuivat ensisijaisesti nuoren laihuushäiriöpotilaan somaattisen terveyden edistämiseen ravitsemuskuntoutuksen keinoin.

Psykososiaalisissa perheinterventiotutkimuksissa interventioiden vaikutuksia arvioitiin *terveyden ja hyvinvoinnin* psyykkisellä, fyysisellä, sosiaalisella ja toiminnallisella *ulottuvuudella* (Thornicroft ja Slade 2014). Psyykkisen terveyden ja hyvinvoinnin muutoksia arvioitiin mittaamalla syömishäiriöoireiden ja psykiatristen liitännäissairauksien esiintymistä ja oireiden voimakkuutta intervention jälkeen tai seurannassa. Fyysisellä ulottuvuudella arvioitiin painonnousua ja kuukautiskierron toimintaa. Potilaan fyysistä terveyttä tutkimuksissa oli arvioitu myös laboratoriokokein. Sosiaalisella ulottuvuudella arvioitiin intervention vaikutuksia interpersoonallisiin ongelmiin ja toiminnallisella ulottuvuudella arvioitiin intervention vaikutusta psykososiaaliseen toimintakykyyn.

Psykososiaalisten perheinterventioiden terveyteen ja hyvinvointiin kohdistuvia vaikutuksia oli arvioitu sekä yksilön että perheen *tasoilla* (Thornicroft ja Slade 2014). Osassa tutkimuksia potilailta ja/tai vanhemmilta oli kysytty heidän kokemuksiaan hoidon tuloksista ja vaikutuksista elämän eri osa-alueisiin. Potilaan kognitioita, tunteita, käyttäytymistä ja fyysistä terveyttä tutkimuksissa arvioitiin sekä objektiivisesti että subjektiivisesti. Osassa tutkimuksissa tietoa potilaan voinnista oli kerätty havainnoimalla tai vanhemmilta kysymällä.

Tutkimuksissa oli *arvioitu kaikille yhteisiä vaikutuksia* (Thornicroft ja Slade 2014), toisin sanoen samoilla standardoiduilla mittareilla arvioitiin kaikkia potilaita yksilöllisten vaikutusten jäädessä huomiotta. (Colton ja Pistrang 2004, Tierney 2008, Bakker ym. 2011.) Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikuttavuutta oli arvioitu potilaan, työntekijän ja vanhempien *näkökulmista* (Thornicroft ja Slade 2014).

Keskeiset tulosmuuttujat

Interventioiden tuloksellisuutta oli arvioitu pääosin nk. perinteisten *kliinisten tulosmuuttujien* kautta (Thornicroft ja Slade 2014). Tällöin kiinnostuksen kohteena tutkimuksissa oli oireettomuus syömishäiriön tai sen liitännäissairauksien, kuten masennuksen ja pakko-oireisen häiriön osalta, biologinen normaalipaino, remissio, ja menstuaatio. Nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyttä ja hyvinvointia kuvaavina psykologisina tulosmuuttujina oli käytetty syömishäiriöoireiden ja masennusoireiden esiintymistä, itsetuntoa, minäpystyvyyttä, yleistä toimintakykyä, psykososiaalista toimintakykyä, elämänlaatua sekä pakkoajatusten ja –toimintojen esiintymistä. Fyysistä terveyttä ja hyvinvointia kuvastavia tulosmuuttujia olivat absoluuttinen painolukema, painoprosentti, menstuaatio, osittainen ja täydellinen remissio sekä relapsi.

Toipumisprosessiin liittyviä tulosmuuttujia olivat minäpystyvyys, psykososiaalinen toimintakyky, perheen toimintakyky, tunneilmaisutaidot, elämänlaatu sekä nuoruusiän kehityksen jatkuminen. Laihuushäiriöstä toipumista oli arvioitu valtaosassa tutkimuksista remission tai osittaisen remission saavuttamisena. Tutkimuksissa remission saavuttamista arvioitiin suhteessa tavoiteltuun painoprosenttiin (% expected body weight, % ideal body weight) ja syömishäiriöoirekyselyiden summapisteteisiin (EDE global score). Yksilön tai perheen mahdollista hyvinvoinnin kokemusta laihuushäiriön jatkumisesta huolimatta ei ollut arvioitu. Myöskään ei ollut valittu tulosmuuttujia sen perusteella, mikä on yksilön tai perheen oma näkemys niiden merkityksellisyydestä. Merkillepantavaa on, ettei mielenterveyteen liittyvää elämänlaatua tulosmuuttujana käytetty, vaikka syömishäiriöiden aiheuttama liittyy keskeisesti siihenkin (Jenkins ym. 2014). Perheen terveyttä ja hyvinvointia kuvaavina tulosmuuttujina oli käytetty vanhempien minäpystyvyyttä, perheen toimintakykyä, koettua hyötyä, perheen vuorovaikutusta ja tunneilmaisua. Lähes kaikissa tutkimuksissa oli kuvattu sekä kategorisia että jatkuvia muuttujia.

4.6 Aineiston sisällönanalyysi

Tiedon synteessin menetelmän valinnassa tulee huomioida tutkimuskysymys, tiedon synteessin tarkoitus, tutkimusnäytön luonne sekä käytettävissä olevat resurssit (Noyes ja Lewin 2011). Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin (engl. content analysis) menetelmällä. Kyseessä on narratiivisessa synteessissä yleisimmin käytetty tiedon tunnistamisen, ryhmittelyn ja tiivistämisen tekniikka, joka soveltuu käytettäväksi heterogeenisten ja laajojen, kvantitatiivista ja kvalitatiivista

tietoa sisältävien aineistojen analyysissä (Mays, Pope ja Popay 2005). Sisällönanalyysi voidaan määritellä objektiiviseksi ja järjestelmälliseksi tutkittavan ilmiön analysoinnin ja kuvailun menetelmäksi (Kylmä ja Juvakka 2007, 112). Sisällönanalyysiin päädyttiin, koska se on hoitotieteellisessä ja psykologisessa tutkimuksessa yleisesti käytetty aineiston analyysimenetelmä. (Braun ja Clarke 2006, Vaismoradi, Turunen & Bondas 2013.) Sisällönanalyysi ei Braunin ja Clarcken (2006) mukaan ole sidoksissa tiettyyn teoriaan tai epistemologiseen lähtökohtaan, toisin kuin useat muut laadullisen aineiston analyysimenetelmät. Tästä ominaispiirteestä johtuen sisällönanalyysi mahdollistaa vaikeaselkoisenkin tutkimusaineiston yksityiskohtaisen ja rikkaan kuvaamisen. (Braun ja Clarke 2006.) Sisällönanalyysin käytöstä kirjallisuuskatsauksen aineiston analysoinnissa ei vallitse konsensusta. Mainittakoon, että Petticrew (2001), Khan ym. (2003) sekä Kääriäinen ja Lahtinen (2006) suosittelevat kirjallisuuskatsauksissa käytettävän kuvailevan synteesin käsitettä siitä syystä, että niissä abstrahoinnin asemesta asioita pyritään ryhmittelemään. (Kyngäs ym. 2011.)

Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108-120). Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi toteutettiin ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta teorialähtöisesti eli deduktiivisesti, ja toisen tutkimuskysymyksen osalta aineistolähtöisesti eli induktiivisesti (ks. Kylmä ja Juvakka 2007, 112-120, Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 135-137). Suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa deduktiivisen sisällönanalyysin käyttö on ollut induktiivisen sisällönanalyysin käyttöä huomattavasti vähäisempää (Elo ja Kyngäs 2008). Deduktiivinen ote tarkoitti tässä tutkimuksessa interventioiden ominaispiirteitä kuvaavan *Template for Intervention Description and Replication* (TIDieR) -tarkistuslistan (Johnston 2014) käyttöä. Valmista tarkistuslistaa suositellaan käytettäväksi, jotta interventioiden keskeiset tiedot tulevat raportoiduiksi (Hoffmann ym. 2013, Hoffmann ym. 2014). Tämä on tärkeää näyttöön perustuvan tiedon tuottamisessa (Johnston 2014). Induktiivinen ote tarkoitti tässä tutkimuksessa sitä, että sisällönanalyysiä ohjasi 2. tutkimuskysymys.

Tutkimusaineiston sisällönanalyysissä edettiin valmistelun ja aineiston organisoinnin kautta tulosten raportointiin. Prosessi käynnistyi lukemalla tutkimusaineisto useampaan kertaan läpi. Tämän jälkeen valittiin analysoitava yksikkö (Guthrie ym. 2004). Analyysiyksikkö voi laajuudeltaan olla sana tai asiakokonaisuus (Polit ja Beck 2004). (Elo ja Kyngäs 2007.) Tässä tutkimuksessa analysoitavaksi yksiköksi valittiin asiakokonaisuus. Tutkimusaineistosta koodattiin Excel-taulukkoons ensimmäiseen sarakkeeseen tutkimuskysymysten kannalta relevantit ilmaisut. Niistä muodostetut pelkistetyt ilmaukset luetteloidiin taulukon toiseen sarakkeeseen alkuperäisten tekstikatkelmien viereen. Tämän vaiheen jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin samankaltaisen sisällön perusteella taulukon

kolmanteen sarakkeeseen alaluokiksi. Alaluokat nimettiin niiden sisältöä mahdollisimman tarkasti kuvaavasti. Sisällönanalyysin edetessä koodattujen ilmaisujen vastaavuus lähdetekstin kanssa pyrittiin varmistamaan palaamalla toistuvasti alkuperäisiin tutkimusartikkeleihin (ks. Hsieh ja Shannon 2005, Braun ja Clarke 2006, Simons ym. 2008, Vaismoradi ym. 2013).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset taulukoitiin tutkimuskysymyksittäin: psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteet on esitetty tutkimusraportin liitteessä 3 ja psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutukset nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyteen ja hyvinvointiin liitteessä 4.

5.1 Psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteet

Psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteiden sisällönanalyysi toteutettiin deduktiivisesti käyttämällä interventioiden kuvaamiseen kehitettyä TIDieR-tarkistuslistaa. Siinä yksittäisen intervention ominaispiirteet ovat valmiiksi luokiteltu tyypin, tavoitteen, sisällön, toteuttajien, toteutustavan, kontekstin, ajoituksen ja keston, räätälöinnin, poikkeamien sekä toistokyvyn mukaan (Hoffmann ym. 2014). Psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteet interventiotyypeittäin on esitetty liitteessä 3.

Interventiotyypit

Interventiotyypillä tarkoitetaan intervention nimeä, lyhennettä tai sen sisältöä kuvaavaa fraasia. Tutkimuksissa (n = 51) kuvattiin yhteensä 20 psykososiaalista perheinterventiota.

Psykososiaalisten perheinterventioiden tyypit analysoitujen tutkimusten mukaan ovat:

1. Perhepohjainen hoito
2. Perhepohjaisen hoidon muunnelmät
3. Muut psykososiaaliset perheinterventiot

Perhepohjainen hoito

Nuoren laihuushäiriöpotilaan perhepohjaista hoitoa (engl. family-based treatment, FBT, MFBT, ”Maudsley Method”) oli kuvattu eniten, yhteensä 29 tutkimuksessa (Paulson-Karlsson ym. 2006, Pereira ym. 2006, Lock ym. 2006a, Lock ym. 2006b, Loeb ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Couturier ym. 2010, Doyle ym. 2010, Lock ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Le Grange ym. 2011, Ellison ym. 2012, Le Grange ym. 2012, Isserlin & Couturier 2012, Hurst ym. 2012,

Darcy ym. 2013, Forsberg ym. 2013, Accurso ym. 2014, Agras ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Accurso ym. 2015, Byrne ym. 2015, Ciao ym. 2015, Lock ym. 2015, Madden ym. 2015, Rienecke ym. 2016).

Perhepohjaisen hoidon muunnelmia

Perhepohjaisen hoidon muunnelmia (n = 8), oli kuvattu yhteensä yhdeksässä tutkimuksessa (Rhodes ym. 2008, Rhodes ym. 2009, Chen ym. 2010, Rockwell ym. 2011, Bezance ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Lock ym. 2015, Marzola ym. 2015, Chen ym. 2016) oli kuvattu perhepohjaisen hoidon muunnelmia. Näitä olivat nuorten aikuisten perhepohjainen hoito (engl. family-based treatment for young adults, FBTY), altistava perhepohjainen hoito (engl. exposure-based family therapy, FBT-E), intensiivinen vanhempainohjaus (engl. intensive parental coaching, FBT/IPC+), intensiivinen perheterapia (engl. single-family intensive family therapy, S-IFT), moniperheterapia (MFT) ja intensiivinen moniperheterapia (engl. multi-family intensive family therapy, M-IFT), vanhempien ohjattu konsultointi (engl. parent-to-parent consultation) ja kotona toteutettava hoito (engl. home treatment, HT).

Muut psykososiaaliset perheinterventiot

Muita psykososiaalisia perheinterventioita (n = 11) oli kuvattu yhteensä 15 tutkimuksessa (Paulson-Karlsson ym. 2006, Eisler ym. 2007, Gowers ym. 2007, Paulson-Karlsson ym. 2009, Godart ym. 2012, Doba ym. 2013, Dalle Grave ym. 2013, Hollesen ym. 2013, Agras ym. 2014, Gabel ym. 2014, Gelin ym. 2015, Timko ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Engman-Bredvik ym. 2016, Wagner ym. 2016). Muita psykososiaalisia perheinterventioita ovat: systeemistyyppinen perheterapia (engl. systemic family therapy, SyFT), lyhytkestoinen strateginen perheterapia (engl. brief strategic family therapy, BSFT), koko perheen yhteinen terapia (engl. conjoint family therapy, CFT), vanhemmille ja potilaalle erikseen suunnattu perheterapia (engl. separated family therapy, SFT), tehostettu kognitiivinen käyttäytymisterapia (engl. enhanced cognitive behavior therapy, CBT-E), erikoistunut avohoito (engl. specialised out-patient treatment), tavanomainen avohoito (engl. treatment as usual in general community), tavanomainen avohoito perheterapiaan yhdistettynä (adjunctive family therapy), perhepohjainen kognitiivinen tukiopeus (engl. family cognitive remediation therapy, family-based CRT), vanhemmille ja potilaalle erikseen annettu hyväksymis- ja omistautumisterapia (engl. acceptance-based separated family treatment, ASFT) sekä kiintymyssuhteeseen kohdistuva perheterapia (engl. attachment-based family therapy, ABFT).

Tavoitteet

Tavoitteilla tarkoitetaan intervention teoreettista perustaa, taustaoletuksia, tai keskeisiä tavoitteita. Intervention tavoitteiden kuvaaminen vastaa kysymykseen siitä minkä vuoksi interventio toteutetaan (Hoffmann ym. 2014).

Psykososiaalisten perheinterventioiden tavoitteet analysoitujen tutkimusten mukaan ovat:

1. Kognitioiden muuttamiseen kohdistuvat psykososiaaliset perheinterventiot 2. Tunteiden muuttamiseen kohdistuvat psykososiaaliset perheinterventiot 3. Toiminnan muuttamiseen kohdistuvat psykososiaaliset perheinterventiot

Kognitioiden muuttamiseen kohdistuvat psykososiaaliset perheinterventiot

Perhepohjainen kognitiivinen tukiopeus (family cognitive remediation therapy for anorexia nervosa, family-based CRT) on kognitioiden muuttamiseen kohdistuva psykososiaalinen perheinterventio, jonka tavoitteena on kognitiivisten prosessien uudistuminen ja vahvistuminen. Alun perin kyseinen hoitomalli on kehitetty aivovaurion saaneiden kuntouttamiseen, ja sitä käytetään myös skitsofrenian, aktiivisuus- ja tarkkaavaisuushäiriön, oppimisvaikeuksien sekä pakko-oireisen häiriön hoidossa. Laihuushäiriön hoidossa perhepohjaista kognitiivista tukiopeusta käytetään potilaan ja perheen metakognitiivisen tietouden lisäämiseksi. Tavoitteena on, että potilas ja perhe löytävät uudenlaisia ajattelutapoja ja siirtävät ne käytännön ongelmatilanteisiin, jotka ylläpitävät laihuushäiriötä. Fokuksena kognitiivisessa tukiopeuksessa ovat ajatussisältöjen asemesta kognitiiviset prosessit. (Lask ja Roberts 2015.)

Tunteiden muuttamiseen kohdistuvat psykososiaaliset perheinterventiot

Haitallisten tunteiden muuttamiseen kohdistuvia psykososiaalisia perheinterventiota ovat altistava perhepohjainen hoito (FBT-E), intensiivinen vanhempainohjaus (FBT/IPC+), moniperheterapia (MFT), intensiivinen moniperheterapia (I-MFT), kotona toteutettava hoito (HT) sekä kiintymyssuhteeseen kohdistuva perheterapia (ABFT).

Altistavassa perhepohjaisessa hoidossa intervention kohteena ovat syömishäiriölle ominaiset ruokaan kohdistuvat ahdistus-, pelko-, ja inhoreaktiot, joita pyritään lieventämään. Oletuksena on perhepohjaisen hoidon vaikuttavuuden tehostuminen vanhempien strukturoidusti altistaessa laihuushäiriön sairastunut lapsi ruoalle ja ruokailulle. Hoitomallin taustalla on Hildebrandtin ja

kollegojen (2012) esittämä malli ahdistuksen ja laihuushäiriön patogeneesin yhteydestä. Altistavassa perhepohjaisessa hoidossa tavoitteena on laihuushäiriöpotilaan sisäisen paranemismotivaation vahvistuminen (Hildebrandt ym. 2014.)

Intensiivisen vanhempainohjauksen tavoitteena on vanhempien minäpystyvyyden vahvistaminen tilanteissa, joissa nuoren hoitovaste perhepohjaisessa hoidossa on ollut huono. Toisin sanoen hoitomallia voidaan käyttää, kun nuoren paino ei ole 4. hoitokäyntiin mennessä riittävästi korjaantunut. Oletuksena on, että vanhemmat kokevat tällöin olevansa kyvyttömiä onnistuneesti huolehtimaan laihuushäiriöön sairastuneen lapsensa ravitsemuskuntoutuksesta. (Lock ym. 2015.)

Moniperheterapiassa (MFT) ja intensiivisessä moniperheterapiassa (I-MFT) tavoitteena on estää laihuushäiriöön liittyvää häpeän tunnetta ja stigmaa. Tavoitteena on estää perheen sosiaalinen eristäytyminen. (Marzola ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Engman-Bredvik ym. 2016.) Kotona toteutettavan hoidon tavoitteena on vanhempien (äitien) voimaantuminen nuoren laihuushäiriöpotilaan kotihoitoon ja kuormittuneisuuden väheneminen (Bezance ym. 2014).

Kiintymyssuhteeseen kohdistuvan perheterapian tavoitteena on nuoren ja vanhempien välisten kiintymyssuhteen katkosten korjaantuminen. Kyseisessä interventiossa taustalla on ajatus siitä, että nuoren ja vanhempien välisen luottamuksen uudelleen rakentuminen edesauttaa nuoren halukkuutta vastaanottaa apua vanhemmiltaan laihuushäiriöstä toipumisessa. (Wagner ym. 2016.)

Toiminnan muuttamiseen kohdistuvat psykososiaaliset perheinterventiot

Nuoren laihuushäiriöpotilaan perhepohjainen hoito (FBT), nuoren aikuisen laihuushäiriöpotilaan perhepohjainen hoito (FBTY), intensiivinen perheterapia (S-IFT), vanhempien keskinäinen konsultointi (parent-to-parent consultation), systeemistyyppinen perheterapia (SyFT), lyhytkestoinen strateginen perheterapia (BSFT), sekä tehostettu kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT-E) ovat toiminnan muuttamiseen kohdistuvia psykososiaalisia perheinterventioita.

Nuoren laihuushäiriöpotilaan, nuoren aikuisen laihuushäiriöpotilaan perhepohjaisen hoidon sekä intensiivisen perheterapian tavoitteena on laihuushäiriötä ylläpitävien toimintatapojen muuttaminen. Hoidon ensisijainen tavoite on mahdollisimman ripeä biologisen normaalipainon saavuttaminen ensimmäisessä vaiheessa vanhempien vastuulla olevan ravitsemuskuntoutuksen keinoin. (Paulson-Karlsson ym. 2006, Pereira ym. 2006, Lock ym. 2006a, Lock ym. 2006b, Loeb ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Couturier ym. 2010, Doyle ym. 2010, Lock ym.

2010, Turkiewicz ym. 2010, Le Grange ym. 2011, Rockwell ym. 2011, Ellison ym. 2012, Le Grange ym. 2012, Hurst ym. 2012, Isserlin & Couturier 2012, Darcy ym. 2013, Forsberg ym. 2013, Forsberg ym. 2014, Accurso ym. 2014, Agras ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Accurso ym. 2015, Byrne ym. 2015, Ciao ym. 2015, Lock ym. 2015, Madden ym. 2015, Marzola ym. 2015, Rienecke ym. 2016; Chen ym. 2016, Chen ym. 2016). Vanhempien ohjatun konsultoinnin tavoitteena on perhepohjaisen hoidon tehostaminen (Rhodes ym. 2008, Rhodes ym. 2009). Systeemistyyppisessä perheterapiassa vanhemmat itse päättävät hoidon tavoitteen. Tavoite ei siis välttämättä ole laihuushäiriötä sairastavan nuoren painon tai syömiskäyttäytymisen normalisoituminen. Systeemistyyppisessä perheterapiassa tavoitteena on, että perhe löytää ratkaisuja käyttäytymiseen liittyviin haastaviin tilanteisiin. (Agras ym. 2014.)

Lyhytkestoinen strateginen perheterapia pohjautuu strukturaalisen perheterapian traditioon, ja siinä tavoitteena on laihuushäiriötä ylläpitävien perheen haitallisten vuorovaikutustapojen korjaantuminen (Doba ym. 2013). Tehostetun kognitiivisen käyttäytymisterapian tavoitteena on syömishäiriötä ylläpitävän käyttäytymisen muuttuminen kognitioiden korjaamisen kautta (Dalle Grave ym. 2013). Koko perheen yhteisen perheterapian (Eisler ym. 2007), vanhemmille ja potilaalle erikseen annettun perheterapian (Eisler ym. 2007), erikoistuneen avohoidon (Gowers ym. 2007) ja perheterapiaan yhdistetyn tavanomaisen avohoidon (Godart ym. 2012), sekä tavanomaisen avohoidon (Gowers ym. 2007) tavoitteiden kuvaus tutkimuksissa oli puutteellista, mistä syystä ne jätettiin tältä osin analyysin ulkopuolelle.

Sisältö

Sisällöllä tarkoitetaan interventiossa käytettävän materiaalin lisäksi keskeisiä käytäntöjä. Intervention sisällön kuvaaminen vastaa kysymykseen siitä, kuinka interventio toteutetaan. (Hoffmann ym. 2014.) Psykososiaalisten perheinterventioiden sisältö analysoitujen tutkimusten mukaan on:

1. Strukturoitu sisältö 2. Vapaamuotoinen sisältö

Strukturoitu sisältö

Strukturoidulla sisällöllä tarkoitetaan psykososiaalisia perheinterventioita, joiden hoitomalli on kuvattu joko hoitomanuaalissa tai tieteellisessä julkaisussa. Varsinaisia hoitomanuaaliin pohjautuvia psykososiaalisia perheinterventiota tämän tutkimuksen mukaan ovat hoitomanuaalin mukaisesti toteutettavat nuoren laihuushäiriöpotilaan perhepohjainen hoito, nuoren aikuisen

laihuushäiriöpotilaan perhepohjainen hoito, intensiivinen vanhempainohjaus sekä ohjattu vanhempien konsultaatio. Tutkimusartikkelin (Hildebrandt ym. 2014) mukaan altistava perhepohjainen hoito on hoitomanuaaliin pohjautuva, mutta viitettä kyseiseen ohjekirjaan artikkelissa ei ollut. Samoin perhepohjaisen kognitiivisen tukiopetuksen sekä moniperheterapian todettiin pohjautuvan hoitomanuaaliin, mutta tutkimusartikkeleissa (Gabel ym. 2014, Lask ja Roberts 2015, Gelin ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Engman-Bredvik ym. 2016) niitä ei ollut nimetty.

Tehostettua kognitiivista käyttäytymisterapiaa (Dalle Grave ym. 2013) toteutetaan Fairburnin (2008) hoitomanuaalin mukaisesti. Intensiivisen moniperheterapian hoitomallia on kuvattu artikkelissa Knatz ym. (2015), koko perheelle suunnatun perheterapian ja erikseen suunnatun perheterapian toteuttamista on kuvattu artikkelissa Eisler ym. (2007), erikoistunutta avohoitoa artikkeleissa Gowers ja Smyth (2004) sekä Gowers (2006), ja kognitiivista tukiopetusta artikkelissa Wood ym. (2011). Edellä kuvattujen lisäksi sisällöltään strukturoituja psykososiaalisia perheinterventioita olivat lyhytkestoinen intensiivinen perheterapia ja tavanomaiseen avohoitoon yhdistetty perheterapia, mutta niitä käsittelevissä tutkimusartikkeleissa (Godart ym. 2012, Marzola ym. 2015) strukturoituun malliin viittaavan tieteellisen julkaisun nimeä ei ollut mainittu.

Vapaamuotoinen sisältö

Vapaamuotoisesti eli ilman ohjekirjaa tai yhteisiä käytänteitä toteutettavia interventioita ovat kotona toteuttava hoito (Bezance ym. 2014), systeemistyyppinen perheterapia (Agras ym. 2014), lyhytkestoinen strateginen perheterapia (Doba ym. 2013), tavanomainen avohoito, vanhemmille ja potilaalle erikseen suunnattu hyväksymis- ja omistautumisterapia (Merwin ym. 2013, Timko ym. 2015) sekä kiintymyssuhteeseen kohdistuva perheterapia (Wagner ym. 2016).

Toteuttajat

Toteuttajalla tarkoitetaan intervention käyttöön perehtyneitä ja intervention toteuttavia työntekijöitä. Toteuttajien kuvaaminen vastaa kysymykseen työntekijöiden ammasteista, kliinisestä kokemuksesta ja intervention käyttöön liittyvästä koulutuksesta. (Hoffmann ym. 2014.) Intervention toteuttajista oli maininta yhteensä 42 (Lock ym. 2006a, Lock ym. 2006b, Paulson-Karlsson ym. 2006, Pereira ym. 2006, Loeb ym. 2007, Gowers ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Ciao ym. 2010, Couturier ym. 2010, Doyle ym. 2010, Lock ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Rockwell ym. 2011, Le Grange ym. 2011, Godart ym. 2012, Le Grange ym. 2012, Hurst ym. 2012, Isserlin & Couturier 2012, Ellison ym. 2012, Doba ym. 2013, Dalle Grave ym. 2013, Forsberg ym.

2013, Merwin ym. 2013, Darcy ym. 2013, Accurso ym. 2014, Bezance ym. 2014, Agras ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Hildebrandt ym. 2014, Marzola ym. 2015, Accurso ym. 2015, Accurso ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Byrne ym. 2015, Lock ym. 2015, Madden ym. 2015, Chen ym. 2016, Rienecke ym. 2016, Engman-Bredvik ym. 2016) tutkimuksessa. Kahdessa edellä mainituista tutkimuksista intervention toteuttajaksi oli mainittu terapeutti (Gowers ym. 2007, Dalle Grave ym. 2013), kahdessa moniammatillinen tiimi (Gowers ym. 2007, Engman-Bredvik ym. 2016), ja yhdessä tutkimuksessa (Hildebrandt ym. 2014) hoitomallin kehittäjät.

Psykososiaalisten perheinterventioiden toteuttajia analysoiduissa tutkimuksissa oli kuvattu seuraavilla ulottuvuuksilla:

1. Intervention toteuttajan ammattitutkinto
2. Intervention toteuttajan kliininen kokemus
3. Hoitomalliin perehtyneisyys

Intervention toteuttajan ammattitutkinto

Intervention toteuttavat työntekijät olivat ammatiltaan psykologeja (Rockwell ym. 2011, Godart ym. 2012, Doba ym. 2013, Merwin ym. 2013, Bezance ym. 2014, Agras ym. 2014, Marzola ym. 2015), psykiatreja (Rockwell ym. 2011, Godart ym. 2012, Bezance ym. 2014, Agras ym. 2014, Marzola ym. 2015), perheterapeutti (Godart ym. 2012), sosiaalityöntekijöitä (Chen ym. 2010, Rockwell ym. 2011, Agras ym. 2014, Marzola ym. 2015, Chen ym. 2016), sairaanhoitajia (Rockwell ym. 2011, Marzola ym. 2015), psykiatrisia sairaanhoitajia (Bezance ym. 2014) sekä toimintaterapeutteja (Bezance ym. 2014).

Intervention toteuttajan kliininen kokemus

Interventioiden toteuttajilla oli keskimäärin kuuden vuoden kokemus nuoruusiän laihuushäiriön hoidosta (Agras ym. 2014), yli kuuden vuoden kokemus laihuushäiriön perheterapeuttisesta hoidosta (Doba ym. 2013), useiden vuosien erityisosaamista syömishäiriöiden hoidosta (Engman-Bredvik ym. 2016), kokemusta perhepohjaisesta hoidosta (Chen ym. 2016), yli viiden vuoden kokemusta perhepohjaisesta hoidosta (Ellison ym. 2012), yhden vuoden kokemusta moniperheterapiasta (Gelin ym. 2015) yli 20 vuoden kokemusta syömishäiriöiden hoidosta (Gelin ym. 2015), yli neljän vuoden kokemusta nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden avohoidosta (Godart ym. 2012, Timko ym. 2015), laaja-alaista kokemusta nuoruusikäisten syömishäiriöpotilaiden hoidosta (Isserlin & Couturier ym. 2012), aiempaa kokemusta syömishäiriöiden hoidosta (Lock ym. 2010), aiempaa kokemusta

laihuushäiriön hoidosta (Merwin ym. 2013), pitkää kokemusta syömishäiriöiden hoidosta (Paulson-Karlsson ym. 2006, Paulson-Karlsson ym. 2009), pitkää kokemusta Maudsleyn mallin mukaisesta hoidosta ja perheterapiasta (Rhodes ym. 2009), yli 30 vuoden kokemusta syömishäiriöiden hoidosta (Rockwell ym. 2011), yli 15 vuoden kokemusta syömishäiriöiden hoidosta (Rockwell ym. 2011) tai kokemusta kliinisestä työstä (Voriadaki ym. 2015).

Hoitomalliin perehtyneisyys

Työntekijät oli koulutettu antamaan perhepohjaista hoitoa (Paulson-Karlsson ym. 2006, Pereira ym. 2006, Lock ym. 2006a, Lock ym. 2006b, Loeb ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Ciao ym. 2010, Couturier ym. 2010, Doyle ym. 2010, Lock ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Le Grange ym. 2011, Rockwell ym. 2011, Ellison ym. 2012, Hurst ym. 2012, Isserlin & Couturier 2012, Le Grange ym. 2012, Darcy ym. 2013, Forsberg ym. 2013, Accurso ym. 2014, Agras ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Accurso ym. 2015, Byrne ym. 2015, Marzola ym. 2015, Lock ym. 2015, Madden ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Rienecke ym. 2016) tai systeemistyyppistä perheterapiaa (Agras ym. 2014).

Toteutustapa

Toteutustavalla tarkoitetaan intervention toteuttamisen muotoa. Toteutustavan kuvaaminen kertoo kohderyhmän kokoonpanosta. (Hoffmann ym. 2014.) Yhteensä 12 tutkimuksessa (Paulson-Karlsson ym. 2006, Eisler ym. 2007, Loeb ym. 2009, Turkiewicz ym. 2010, Chen ym. 2010, Godart ym. 2012, Dalle Grave ym. 2013, Merwin ym. 2013, Ciao ym. 2015, Marzola ym. 2015, Lask & Roberts 2015, Timko ym. 2015) intervention toteutustapa oli mainittu.

Psykososiaalisten perheinterventioiden toteutustapoina analysoitujen tutkimusten mukaan oli:

1. Yksittäisen perheen tapaaminen
2. Useamman perheen tapaaminen samanaikaisesti
3. Perheenjäsenten tapaaminen erikseen

Yksittäisen perheen tapaaminen

Perhepohjaisessa hoidossa potilas ja vanhemmat osallistuivat yhdessä kaikille hoitokäynneille (Turkiewicz ym. 2010, Ciao ym. 2015) tai hoitokäynneille osallistuivat potilas, vanhemmat ja sisarus (Loeb ym. 2009). Lyhytkestoisessa intensiivisessä perheterapiassa (Marzola ym. 2015) ja koko perheen yhteisessä perheterapiassa (Eisler ym. 2007) hoitokäynneille osallistuivat potilas ja

vanhemmat. Hoitokäynneille osallistuivat potilas, vanhemmat ja kuusi vuotta täyttäneet sisarukset tavanomaiseen avohoitoon yhdistetyssä perheterapiassa (Godart ym. 2012).

Useamman perheen tapaaminen samanaikaisesti

Psykososiaalisista perheinterventioista useampaa perhettä samanaikaisesti tavattiin moniperheterapiassa. Ryhmän koko oli 6-7 nuorta perheineen (Hollesen ym. 2013), korkeintaan kuusi perhettä (Marzola ym. 2015), tai kuusi perhettä (Voriadaki ym. 2015).

Perheenjäsenten tapaaminen erikseen

Potilaalle ja vanhemmille erikseen tarjotussa perheterapiassa (Eisler ym. 2007), kognitiivisessa tukiopetuksessa (Lask & Roberts ym. 2015), tehostetussa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (Dalle Grave ym. 2013) sekä vanhemmille ja potilaalle erikseen suunnatussa hyväksymis- ja omistautumisterapiassa (Merwin ym. 2013, Timko ym. 2015) sama terapeutti tapasi vanhempia ja potilasta erikseen. Yhden tutkimuksen (Paulson-Karlsson ym. 2006) mukaan myös koko perheen yhteisiä tapaamisia järjestettiin. Vanhemmille ja potilaalle erikseen suunnatussa hyväksymis- ja omistautumisterapiassa siaruksia tai muita perheenjäseniä tavattiin 1-2 kertaa mikäli siihen ilmeni tarvetta (Merwin ym. 2013). Nuorten aikuisten laihuushäiriöpotilaiden perhepohjaisessa hoidossa (Chen ym. 2010) perheenjäsenet osallistuivat yhdessä hoitokäynneille hoidon alussa ja hoidon lopussa nuorta tavattiin ilman muita perheenjäseniä.

Konteksti

Kontekstilla tarkoitetaan paikkaa, jossa interventio on toteutettu (Hoffmann ym. 2014). Tämän kirjallisuuskatsauksen aineistoon hyväksytyistä tutkimuksista seitsemässä (Lock ym. 2006a, Rhodes ym. 2008, Rhodes ym. 2009, Chen ym. 2010, Isserlin & Couturier 2012, Lask & Roberts 2015, Wagner ym. 2016) hoitokontekstia ei ollut kuvattu. Viidessä tutkimuksessa (Rockwell ym. 2011, Hurst ym. 2012, Merwin ym. 2013, Accurso ym. 2014, Hildebradt ym. 2014) kontekstiksi oli mainittu avohoito (outpatient treatment) ilman mainintaa paikasta. Yhteensä 16 tutkimuksessa (Lock ym. 2006b, Pereira ym. 2006, Eisler ym. 2007, Le Grange ym. 2011, Ellison ym. 2012, Godart ym. 2012, Le Grange ym. 2012, Darcy ym. 2013, Forsberg ym. 2013, Forsberg ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Byrne ym. 2015, Ciao ym. 2015, Lock ym. 2015, Madden ym. 2015) mainittiin intervention toteutetun satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa (randomized controlled treatment trial) ilman mainintaa paikasta. Yhdessä tutkimuksessa (Doba ym. 2013) kontekstiksi

mainittiin yliopistollisen sairaalan addiktioiden hoitoon erikoistunut yksikkö, ja yhdessä tutkimuksessa (Rienecke ym. 2016) yliopistot.

Psykososiaalisten perheinterventioiden konteksteina analysoitujen tutkimusten mukaan oli:

1. Syömishäiriöiden hoitoon erikoistunut yksikkö 2. Tutkimusyksikkö 3. Potilaan koti

Syömishäiriöiden hoitoon erikoistunut yksikkö

Yhteensä 16 tutkimuksessa psykososiaalinen perheinterventio toteutettiin laihuushäiriön tai syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneessa avohoidon yksikössä (Paulson-Karlsson ym. 2006, Gowers ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Couturier ym. 2010, Doyle ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Dalle Grave ym. 2013, Hollesen ym. 2013, Agras ym. 2014, Gabel ym. 2014, Accurso ym. 2015, Gelin ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Chen ym. 2016, Engman-Bredvik ym. 2016).

Tutkimusyksikkö

Kahdessa tutkimuksessa psykososiaalinen interventio oli toteutettu tutkimuskeskuksessa (Loeb ym. 2007, Lock ym. 2010), yhdessä tutkimuksessa sekä tutkimuskeskuksessa että syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneessa yksikössä (Timko ym. 2015).

Potilaan koti

Vain yhdessä tutkimuksessa (Bezance ym. 2014) psykososiaalinen perheinterventio toteutettiin potilaan kotona.

Ajoitus ja kesto

Ajoituksella tarkoitetaan intervention alkamisajankohtaa, käyntifrekvenssiä, hoitokäyntien lukumäärää ja -kestoa. (Hoffmann ym. 2014.) Yhteensä 11 tutkimuksessa (Lock ym. 2006a, Paulson-Karlsson ym. 2009, Doyle ym. 2010, Le Grange ym. 2011, Ellison ym. 2012, Isserlin & Couturier 2012, Forsberg ym. 2013, Darcy ym. 2013, Forsberg ym. 2014, Lock ym. 2015, Rienecke ym. 2016) mainintaa psykososiaalisen perheintervention ajoituksesta tai kestosta ei ollut.

Psykososiaalisten perheinterventioiden ajoitusta ja kestoja kuvattiin analysoiduissa tutkimuksissa seuraavasti:

1. Alkamisajankohta
2. Käyntifrekvenssi
3. Intervention kokonaiskesto
4. Hoitokäyntien lukumäärä
5. Hoitokäyntien kesto.

Alkamisajankohta

Psykososiaalinen perheinterventio toteutettiin osastohoidon jälkeen (Rhodes ym. 2009, Hurst ym. 2012, Doba ym. 2013, Madden ym. 2015), intervention suunnitellun alkamisajankohdan mukaan (Gabel ym. 2014), lastenlääkärin arvioitua potilaan olevan somaattisesti avohoitoon stabiili (Loeb ym. 2009) tai perhepohjaisen hoidon 2. vaiheessa, kun tehostamisen tarve oli todettu (Wagner ym. 2016). Muissa kuin edellä mainituissa tutkimuksissa intervention alkamisajankohtaa ei ollut mainittu.

Käyntifrekvenssi

Psykososiaalisten perheinterventioiden hoitokäyntien tiheys oli mainittu vain muutamassa tutkimuksessa. Hoitokäynnit toteutettiin viitenä peräkkäisenä päivänä (Rockwell ym. 2011), 3-4 viikon välein (Godart ym. 2012), kerran kuukaudessa (Doba ym. 2013), 12 kertaa kuukaudessa (Gelin ym. 2015) tai siten, että ensimmäisen viikon aikana neljä peräkkäistä hoitokäyntiä, kolmannella viikolla yksi hoitokäynti, loput viisi hoitokäyntiä vuoden sisällä hoidon aloittamisesta (Engman-Bredvik ym. 2016)

Intervention kokonaiskesto

Psykososiaalisen intervention kokonaiskesto vaihteli muutamasta viikosta yli vuoteen. Psykososiaaliset perheinterventiot kestivät kahdeksan viikkoa (Bezance ym. 2014), 24 viikkoa (Merwin ym. 2013, Timko ym. 2015), 40 viikkoa (Dalle Grave ym. 2013), 5-6 kuukautta (Doba ym. 2013), kuusi kuukautta (Gowers ym. 2007, Turkiewicz ym. 2010), yhdeksän kuukautta (Agras ym. 2014, Voriadaki ym. 2015), 11 kuukautta (Gelin ym. 2014), 6-12 kuukautta (Lock ym. 2006b, Chen ym. 2010), noin vuoden (Lock ym. 2006b, Pereira ym. 2006, Eisler ym. 2007, Loeb ym. 2007, Lock ym. 2010, Hurst ym. 2012, Le Grange ym. 2012, Hollesen ym. 2013, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Accurso ym. 2014, Byrne ym. 2015) tai 18 kuukautta (Godart ym. 2012).

Hoitokäyntien lukumäärä

Tutkimuksissa, joissa hoitokäyntien lukumäärästä oli maininta, hoitokäyntien lukumäärä oli määrätty tai niiden lukumäärästä joustettiin. Hoitokäyntien määrätty lukumäärä oli yhteensä neljä (Lask &

Roberts ym. 2015), viisi (Rockwell ym. 2011, Marzola ym. 2015), kymmenen (Lock ym. 2006b, Voriadaki ym. 2015, Engman-Bredvik ym. 2016), 12 (Hollesen ym. 2013), 16 (Agras ym. 2014), 20 (Lock ym. 2006b, Pereira ym. 2006, Rhodes ym. 2008, Merwin ym. 2013, Madden ym. 2015, Timko ym. 2015), 21 hoitokäyntiä (Rhodes ym. 2008, Gelin ym. 2015), 24 hoitokäyntiä (Lock ym. 2010, Le Grange ym. 2012, Accurso ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Accurso ym. 2015, Ciao ym. 2015) tai 40 hoitokäyntiä (Rockwell ym. 2011, Dalle Grave ym. 2013).

Hoitokäyntien lukumäärästä joustamiseen viittasivat tutkimuksissa ilmaisut, joiden mukaan hoitokäyntejä oli keskimäärin 12 (Chen ym. 2016), 10-20 (Turkiewicz ym. 2010), 11-20 (Chen ym. 2010), keskimäärin 20 (Hildebrandt ym. 2014), 20-24 hoitokäyntiä (Hurst ym. 2012), korkeintaan 30 (Loeb ym. 2007) tai 54-55 hoitokäyntiä (Paulson-Karlsson ym. 2006).

Hoitokäyntien kesto

Yksittäisten hoitokäyntien kestoa kuvattiin vain muutamassa tutkimuksessa. Hoitokäynnin kesto oli yksi tunti (Rhodes ym. 2009, Lock ym. 2010, Le Grange ym. 2012, Accurso ym. 2014, Agras ym. 2014, Marzola ym. 2015) tai 1,5 tuntia (Godart ym. 2012). Yhdessä tutkimuksessa (Rhodes ym. 2009) mainittiin, että potilaan vanhempia tavattiin hoitokäynnin lopussa kymmenen minuutin ajan.

Räätälöinti ja poikkeama

Räätälöinti vastaa kysymykseen siitä millä tavoin intervention kohteena olevien yksilöllinen tilanne on toteutuksessa huomioitu. Poikkeama kuvaa sitä, millä tavoin sovituista käytänteistä tai hoitomanuaalista on poikettu. (Hoffmann ym. 2014.) Yhteensä kymmenessä tutkimuksessa (Loeb ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Rockwell ym. 2011, Hildebrandt ym. 2012, Hollesen ym. 2013, Dalle Grave ym. 2013, Lask & Roberts 2015, Chen ym. 2016) oli maininta intervention räätälöinnistä tai poikkeamista.

Psykososiaalisia perheinterventioita käsittelevissä tutkimuksissa räätälöinti ja hoitomanuaalista poikkeaminen liittyi seuraaviin ulottuvuuksiin:

1. Hoitoon liittyvän päätöksenteon tukeminen
2. Potilaan ja työntekijän välisen hoitoyhteistyön korostaminen
3. Hoitokäyntien kokoonpanon muuttaminen
4. Hoitokäyntien lukumäärän muuttaminen
5. Muun samanaikaisen hoidon salliminen
6. Hoitomanuaalin soveltaminen paikallisiin olosuhteisiin

Hoitoon liittyvän päätöksenteon tukeminen

Nuoren aikuisen laihuushäiriöpotilaan yksilöllinen tilanne huomioitiin antamalla hänelle perhepohjaisen hoidon hoitomanuaalissa mainittua enemmän vapautta osallistua ravitsemuskuntoutuksensa toteuttamiseen liittyvään päätöksentekoon (Chen ym. 2010), ja antamalla potilaan valita itselleen muu tukihenkilö kuin vanhempi (Chen ym. 2016).

Potilaan ja työntekijän välisen hoitoyhteistyön korostaminen

Potilaan ja työntekijän välistä hoitoyhteistyötä korostettiin tukemalla potilasta kohti aikuisuutta (Chen ym. 2016), ja antamalla potilaalle mahdollisuus tavata työntekijää enemmän myös ilman vanhempia tai tukihenkilöä (Chen ym. 2016), ja tarjoamalla moniperheterapian tapaamisten välillä yksilökäyntejä (Hollesen ym. 2013).

Hoitokäyntien kokoonpanon muuttaminen

Tehostetussa kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa vanhemmat olivat hoitomanuaalista poiketen tiiviimmin mukana potilaan hoidossa (Dalle Grave ym. 2013). Yhdessä tutkimuksessa (Lask & Roberts 2015) perhetapaamiset keskeytettiin ja hoitoa jatkettiin yksilökäynteinä perheen toiveesta.

Hoitokäyntien lukumäärän muuttaminen

Kahdessa tutkimuksessa (Loeb ym. 2007, Hildebrandt ym. 2012) vaikeasti oireilevien potilaiden hoitokäyntien lukumäärää lisättiin hoidon tehostamiseksi.

Muun samanaikaisen hoidon salliminen

Yhdessä tutkimuksessa perhepohjaista hoitoa saava potilas kävi samanaikaisesti psykodynaamisessa yksilöterapiassa (Loeb ym. 2009). Yhdessä tutkimuksessa potilas otettiin kesken psykososiaalisen perheintervention osastohoitoon, jonka jälkeen perheinterventio jatkui suunnitellusti (Rockwell ym. 2011).

Hoitomanuaalin soveltaminen paikalliseen hoitokäytäntöön

Yhdessä tutkimuksessa (Paulson-Karlsson ym. 2009) mainittiin, että hoitomanuaalista oli poikettu muuttamalla psykososiaalisen perheintervention rakennetta paremmin paikalliseen hoitokäytäntöön sopivaksi.

Täsmällisyys

Täsmällisyyden tai toistokyvyn (engl. fidelity) kuvaus vastaa kysymyksen siitä, miten ohjekirjassa pitäytymistä seurattiin ja missä määrin intervention tulokset ovat seurausta siitä. (Hoffmann ym. 2014.) Yhteensä yhdeksässä tutkimuksessa (Eisler ym. 2007, Gowers ym. 2007, Couturier ym. 2010, Godart ym. 2012, Agras ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Accurso ym. 2015, Timko ym. 2015, Chen ym. 2016) oli kuvattu ohjekirjassa tai sovituisissa käytänteissä pitäytymistä.

Psykososiaalisia perheinterventioita käsittelevissä tutkimuksissa täsmällisyyttä oli arvioitu seuraavin menetelmin:

1. Video- tai äänitallenteiden käyttö 2. Arviointilomakkeiden käyttö 3. Työnohjaus

Video- tai äänitallenteiden käyttö

Ohjekirjassa pitäytymistä seurattiin videotallenteita arvioimalla (Couturier ym. 2010, Agras ym. 2014, Accurso ym. 2015, Timko ym. 2015).

Arviointilomakkeiden käyttö

Ohjekirjassa pitäytymistä arvioitiin sitä varten kehitetyllä arviointilomakkeella hoitomalliin perehtyneen ulkopuolisen arvioijan toimesta (Agras ym. 2014).

Työnohjaus

Ohjekirjassa pitäytymistä seurattiin potilastapauksista säännöllisesti järjestetyssä työnohjauksessa keskustelemalla (Gowers ym. 2007, Eisler ym. 2007, Godart ym. 2012, Agras ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Timko ym. 2015, Chen ym. 2016).

5.2 Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutukset nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyteen ja hyvinvointiin

Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutuksia nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyteen ja hyvinvointiin kuvattiin yhteensä 44 tutkimusartikkelissa (Paulson-Karlsson ym. 2006, Pereira ym. 2006, Lock ym. 2006a, Lock ym. 2006b, Eisler ym. 2007, Gowers ym. 2007, Loeb ym. 2007, Rhodes ym. 2008, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Lock ym. 2010, Doyle ym. 2010, Couturier ym. 2010, Le Grange ym. 2011, Rockwell ym. 2011, Ellison

ym. 2012, Hurst ym. 2012, Isserlin & Couturier ym. 2012, Godart ym. 2012, Dalle Grave ym. 2013, Forsberg ym. 2013, Doba ym. 2013, Hollesen ym. 2013, Merwin ym. 2013, Accurso ym. 2014, Agras ym. 2014, Bezance ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Gabel ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Accurso ym. 2015, Byrne ym. 2015, Gelin ym. 2015, Timko ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Lask & Roberts ym. 2015, Marzola ym. 2015, Chen ym. 2016, Engman-Bredvik ym. 2016, Rienecke ym. 2016, Wagner ym. 2016).

Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutukset nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyteen ja hyvinvointiin analysoitujen tutkimusten mukaan ovat:

1. Vaikutukset oman arvon määrittämiseen
2. Vaikutukset laihuushäiriön kliinisiin ominaispiirteisiin
3. Vaikutukset muutoksen esteisiin

Vaikutukset oman arvon määrittämiseen

Psykososiaaliset perheinterventiot vaikuttivat laihuushäiriön ydinpsykopatologiassa minäkuvaa koskevaan häiriintyneeseen merkityksenantoon vähentämällä syömiseen, muotoon ja painoon liittyvää yliarvostusta. Kehoon tyytymättömyys (Gabel ym. 2014, Lask & Roberts ym. 2015, Gelin ym. 2015) sekä halu laihtua (Hollesen ym. 2013, Gelin ym. 2015) väheni. Lisäksi psykososiaaliset perheinterventiot vaikuttivat oman arvon määrittämiseen vähentämällä syömiseen, muotoon ja painoon liittyvän kontrolloinnin merkityksen yliarvostusta. Merkinä tästä laihuushäiriölle ominaiset ajatusvääristymät vähenivät yhden tutkimuksen (Lask & Roberts ym. 2015) mukaan. Toisen tutkimuksen (Lock ym. 2010) mukaan psykososiaalisella perheinterventiolla oli vaikutusta epänormaaleihin kognitioihin vain osalla potilaista.

Suoria lainauksia aineistosta:

“The patient’s attitude to her body improved.” (Lask & Roberts 2015, koodi 13.)

“There was a significant reduction in thrive for thinness.” (Hollesen 2013, koodi 6.)

“After six months the patient had no abnormal cognitions.” (Lask & Roberts 2015, koodi 5.)

“A substantial proportion of participants remained clinically concerning in terms of low weight or continued eating-related cognitions or both.” (Lock 2010, koodi 13.)

TAULUKKO 2. Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutukset oman arvon määrittämiseen

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
1. Vaikutukset oman arvon määrittämiseen	Syömiseen, kehon muotoon ja painoon liittyvän yliarvostuksen väheneminen	Kehoon tyytymättömyys väheni Halu laihtua väheni
	Syömisestä, kehon muodon ja painon kontrollointiin liittyvän yliarvostuksen väheneminen	Ajatusvääristymät vähenivät

Vaikutukset laihuushäiriön kliinisiin ominaispiirteisiin

Psykososiaaliset perheinterventiot vaikuttivat laihuushäiriön kliinisiin ominaispiirteisiin vähentämällä syömiseen liittyviä huolia (Pereira ym. 2006, Loeb ym. 2007, Hollesen ym. 2013, Accurso ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Timko ym. 2015). Tutkimustulokset olivat erisuuntaisia koskien psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutuksia kehon muotoon liittyviin huoliin. Osassa tutkimuksista (Paulson-Karlsson ym. 2006, Accurso ym. 2014, Gabel ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Gelin ym. 2015, Timko ym. 2015) tulokset osoittivat kehon muotoon liittyvien huolien vähentyneen, osassa puolestaan todettiin, ettei interventiolla ollut ollut niihin vaikutusta lainkaan (Loeb ym. 2007).

Suoria lainauksia aineistosta:

“7/10 individuals in FBT-E treatment demonstrated a meaningful clinical reduction in eating concerns.” (Hildebrandt 2014, koodi 8.)

“Significant reductions in shape concerns from baseline to follow-up.” (Accurso 2014, koodi 4.)

“There was no significant improvement over time in EDE Shape Concern.” (Loeb 2007, koodi 5.)

Vastaavasti tulokset olivat erisuuntaisia koskien kehon painoon liittyvien huolten vähentymistä. Osa tutkimuksista (Hollesen ym. 2013, Accurso ym. 2014, Gabel ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Timko ym. 2015) osoitti kehon painoon liittyvien huolten vähentyneen, osassa (Loeb ym. 2007, Loeb ym. 2009) intervention ei voitu osoittaa vaikuttaneen tähän ominaispiirteeseen lainkaan.

Suoria lainauksia aineistosta:

“Significant reductions in weight concerns from baseline to follow-up.” (Accurso 2014, koodi 3.)

“The patient remained sensitive to her weight.” (Loeb 2009, koodi 3.)

“Fear of gaining weight decreased significantly from pre-treatment to the 18-month follow-up and result was sustained at 36-month follow-up.” (Paulson-Karlsson 2009, koodi 18.)

Mitä tulee poikkeavan syömiskäyttäytymisen normalisoitumiseen, tutkimusten (Pereira ym. 2006, Loeb ym. 2007, Couturier ym. 2010, Hurst ym. 2012, Hollesen ym. 2013, Merwin ym. 2013, Accurso ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Gelin ym. 2015, Lask & Roberts 2015, Timko ym. 2015) mukaan syömisen rajoittaminen väheni. Samoin poikkeavasta syömiskäyttäytymistä kielivät huomiota herättävät syömistavat ja syömiseen liittyvät pakkoajatukset- ja toiminnot (Paulson-Karlsson ym. 2009, Lask & Roberts ym. 2015, Chen ym. 2016) vähenivät.

Suoria lainauksia aineistosta:

“9/10 individuals in FBT-E treatment had a meaningful clinical reduction in eating restraint.” (Hildebrandt 2014, koodi 6.)

“There was a significant improvement over time in EDE Restraint.” (Loeb 2007, koodi 3.)

“For Restraint there were significant decreases in scores over time for all respondents.” (Pereira 2006, koodi 2.)

“The patient’s eating pattern slowly improved.” (Lask & Roberts 2015, koodi 20.)

“At the 36-month follow-up, patients were at the same level in terms of eating behavior compared with non-clinical group.” (Paulson-Karlsson 2009, koodi 36.)

Tulokset vaikutuksista bulimiseen oireiluun eli ahmintaan ja itseaiheutettuun ruoan oksentamiseen ovat keskenään ristiriitaisia. Buliminen oireilu väheni yhden tutkimuksen (Loeb ym. 2007) mukaan, kahden tutkimuksen (Couturier ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Gelin ym. 2015) mukaan buliminen oireilu jatkui osalla potilaista hoidon lopussakin.

Suoria lainauksia aineistosta:

“The two FBT participants who had binge/purge behavior continued to exhibit these behaviors at final assessment.” (Couturier 2010, koodi 19.)

“During MFT treatment all ED symptoms with the exception of bulimia decreased significantly.” (Gelin 2014, koodi 3.)

“One FBT participant had binge/purge behavior diminish.” (Couturier 2010, koodi 21.)

Kompensoivana käyttäytymisenä pakonomainen tarve liikkua väheni (Hollesen ym. 2013, Gelin ym. 2015) psykososiaalsiin perheinterventioihin osallistuneilla nuorilla laihuushäiriöpotilalla lukuun ottamatta yhden tutkimuksen (Turkiewicz ym. 2010) tuloksia, joiden mukaan energiansaantiin nähden liiallinen liikunta jatkui.

Suoria lainauksia aineistosta:

“MFT was effective in reducing the motivation to exercise.” (Gelin 2015, koodi 20.)

“There was a significant reduction in amount of exercise.” (Hollesen 2013, koodi 5.)

“One patient had body image distortion and was engaging in excessive exercise in the final evaluation.” (Turkiewicz 2010, koodi 7.)

TAULUKKO 3. Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutukset laihuushäiriön klinisiin ominaispiirteisiin

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
2. Vaikutukset laihuushäiriön klinisiin ominaispiirteisiin	Huolestuneisuuden väheneminen	Syömiseen liittyvät huolet vähenivät Kehon muotoon liittyvät huolet vähenivät osin Painoon liittyvät huolet vähenivät osin
	Poikkeavan syömiskäyttäytymisen väheneminen	Syömiseen rajoittaminen väheni Maneerit vähenivät Ahminta väheni osin
	Kompensoivan käyttäytymisen väheneminen	Itseaiheutettu oksentaminen väheni osin Pakonomainen liikunta väheni osin

Vaikutukset muutoksen esteisiin

Analysoitujen tutkimusten mukaan psykososiaaliset perheinterventiot vahvistivat potilaan kykyä tehdä toipumista tukevia muutoksia. Oireilua ylläpitävien prosessien muuttumisen osalta itseä syyllistävien ajatusten väheneminen (Hollesen ym. 2013), voimaantumisen tunteen lisääntyminen

(Engman-Bredvik ym. 2016) sekä minäkuvan eheytyminen (Hollesen ym. 2013) olivat heikon ydinitsetunnon kohentumiseen liittyviä vaikutuksia.

Suoria lainauksia aineistosta:

“Self-affirmation improved significantly.” (Hollesen 2013, koodi 8.)

“Self-blame reduced significantly.” (Hollesen 2013, koodi 9.)

Kahdessa tutkimuksessa oli selvitetty psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutusta kliinisesti merkittävään perfektionismiin. Toisessa tutkimuksessa (Gelin ym. 2015) todettiin kliinisesti merkittävän perfektionismin vähentyneen, toisen (Paulson-Karlsson ym. 2009) täydellisyyden tavoittelu jatkui hoidon lopussa ja pitkäaikaisseurannassa.

Suoria lainauksia aineistosta:

“There was a significant decrease on perfectionism of MFT patients.” (Gelin 2015, koodi 11.)

“There was no statistically significant positive change in Perfectionism from pre-treatment to the 18- and the 36-month follow-ups.” (Paulson-Karlsson 2009, koodi 16.)

Tunnetilojen sietokyky koheni internalisoivien ongelmien osalta masennuksen ja ahdistuksen lieventymisenä (Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Accurso ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Gabel ym. 2014, Lask & Roberts 2015) lukuun ottamatta yhtä tutkimusta (Loeb ym. 2007), jolla tällaista vaikutusta ei havaittu olevan. Kolmessa tutkimuksessa (Paulson-Karlsson ym. 2009, Gelin ym. 2015, Wagner ym. 2016) eksternalisoiviin käytösongelmiin kuuluvan impulsiivisuuden havaittiin vähentyneen.

Suoria lainauksia aineistosta:

“At the 36-month follow-up, 75% of the patients were in full remission with reduction in eating disorder symptoms and internalizing problems.” (Paulson-Karlsson 2009, koodi 7.)

“Significant reductions in depressive symptoms from baseline to follow-up.” (Accurso 2014, koodi 7.)

“There was a significant decrease on impulse regulation of MFT patients.” (Gelin 2015, koodi 15.)

Psykososiaalisen perheintervention vaikutuksia interpersoonallisiin vaikeuksiin kuvattiin kolmessa tutkimuksessa. Yhden tutkimuksen (Gelin ym. 2015) mukaan epäluottamus suhteessa muihin ihmisiin väheni, yhden tutkimuksen (Lask & Roberts ym. 2015) mukaan halukkuus viettää aikaa perheenjäsenten kanssa lisääntyi, kun taas yhdessä tutkimuksessa (Hollesen ym. 2013) todettiin interpersoonallisten vaikeuksien jatkuneen.

Suoria lainauksia aineistosta:

“There was a significant decrease on interpersonal distrust of MFT patients.” (Gelin 2015, koodi 12.)

“There was no significant reduction in general interpersonal problems.” (Hollesen 2013, koodi 24.)

Merkkeinä alipainon korjaantumisesta oli kuukautisten alkaminen primäärisen tai sekundäärisen amenorrhean jälkeen tai kuukautiskierron muuttuminen säännölliseksi suurimmalla osalla potilaista (Lock ym. 2006b, Eisler ym. 2007, Loeb ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Couturier ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Godart ym. 2012, Hurst ym. 2012, Merwin ym. 2013). Tutkimuksissa yleisimmin kuvattu merkki alipainon korjaantumisesta oli biologisen painon saavuttaminen hoidon lopussa tai seurannassa (Pereira ym. 2006, Lock ym. 2006b, Eisler ym. 2007, Gowers ym. 2007, Loeb ym. 2007, Rhodes ym. 2008, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Couturier ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Rockwell ym. 2011, Ellison ym. 2012, Hurst ym. 2012, Isserlin & Couturier 2012, Godart ym. 2012, Dalle Grave ym. 2013, Merwin ym. 2013, Hollesen ym. 2013, Doba ym. 2013, Agras ym. 2014, Gabel ym. 2014, Gelin ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Accurso ym. 2015, Lask & Roberts 2015, Timko ym. 2015, Marzola ym. 2015, Rienecke ym. 2016).

Suoria lainauksia aineistosta:

“All FBT patients had their menses returned at post treatment.” (Chen 2010, koodi 11.)

“Menstruation returned in 91% of females not on birth control.” (Lock 2006b, koodi 3.)

“More than half of the participants achieved weight restoration within 12 months.” (Accurso 2015, koodi 1.)

Tulokset koskien psykiatrisen ko-morbiditeetin vähenemistä olivat erisuuntaisia. Osassa tutkimuksista raportoitiin masennusoireiden voimakkuuden merkittävästi lieventyneen (Paulson-

Karlsson ym. 2009, Accurso ym. 2014, Gabel ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014), osa tutkimustuloksista viittasi masennusoireiden voimakkuudeltaan lieventyneen vain hieman (Chen ym. 2010, Lask & Roberts ym. 2015). Masennusoireissa ei tapahtunut muutosta yhden tutkimuksen (Loeb ym. 2007) tulosten mukaan. Vastaavasti tutkimustulokset koskien ahdistusoireiden lievenemistä olivat keskenään ristiriitaisia vaihdellen merkittävästä oireiden lievenemisestä (Paulson-Karlsson ym. 2009, Hildebrandt ym. 2014) ajoittaiseen ahdistuneisuuteen (Lask & Roberts ym. 2015). Psykiatrinen ko-morbiditeetti väheni osalla tutkimukseen (Merwin ym. 2013) osallistuneista nuorista, toisen tutkimuksen (Paulson-Karlsson ym. 2009) mukaan yleisessä psykopatologiassa tapahtui tilastollisesti merkitsevää vähenemistä lyhyt- ja pitkäaikaisseurannassa.

Suoria lainauksia aineistosta:

“In majority (90%) of the patients anxiety symptoms improved significantly over the course of FBT-E treatment.” (Hildebrandt 2014, koodi 15.)

“The patient still had intermittent episodes of anxiety.” (Lask & Roberts 2015, koodi 8.)

“Some adolescents reported improvements in comorbid symptomatology.” (Merwin 2013, koodi 16.)

Psykososiaalisilla perheinterventioilla oli nuoruusiän psyykkisen kehityksen jatkumista tukevia vaikutuksia. Aikuistumisen pelon vähentymistä psykososiaalisen perheintervention seurauksena kuvattiin yhdessä (Couturier ym. 2010) tutkimuksessa, autonomian lisääntymistä kolmessa (Lock ym. 2006b, Hurst ym. 2012, Lask & Roberts ym. 2015) ja kiinnostuksen lisääntymisestä ikätasoa vastaavaan toimintaan myöskin kolmessa (Paulson-Karlsson ym. 2006, Hurst ym. 2012, Lask & Roberts 2015) tutkimuksessa.

Suoria lainauksia aineistosta:

“Maturity fears were significantly improved in FBT.” (Couturier 2010, koodi 4.)

“The patient became more autonomous during MFBT.” (Hurst 2012, koodi 12.)

“Patient began to explore age appropriate interests other than food and eating.” (Hurst 2012, koodi 6.)

Analysoitujen tutkimusten mukaan psykososiaalisilla perheinterventioilla oli hoitovastarintaa vähentäviä vaikutuksia. Potilaiden sairaudentunto heräsi (Paulson-Karlsson ym. 2006, Lask & Roberts ym. 2015) ja kyky hoitoyhteistyöhön vahvistui (Hurst ym. 2012, Lask & Roberts ym. 2015).

Suoria lainauksia aineistosta:

“Patient gained insight into how her tendency to focus on detail is related to restricting eating.” (Lask & Roberts 2015, koodi 2.)

“Ten patients who initially did not want any help thought that they had been helped after all.” (Paulson-Karlsson 2006, koodi 3.)

“Patients became more engaged in the treatment process.” (Lask & Roberts 2015, koodi 23.)

TAULUKKO 4. Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutukset muutoksen esteisiin

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
3. Vaikutukset muutoksen esteisiin	Oireilua ylläpitävien prosessien muuttuminen	Heikko ydinitsetunto kohentui Kliinisesti merkittävä perfektionismi lieventyi osin Tunnesäätelyn vaikeudet vähenivät osin Ihmissuhdevaikeudet vähenivät osin Alipainoisuus korjaantui
	Psykiatrisen ko-morbiditeetin väheneminen	Kliininen masennus väheni osin Ahdistusoireet lieventyivät osin
	Nuoruusiän psyykkisen kehityksen jatkuminen	Aikuistumisen pelko väheni Ikätasoa vastaava toiminta lisääntyi
	Hoitovastarinnan väheneminen	Sairaudentunto heräsi Kyky hoitoyhteistyöhön vahvistui

5.4 Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutukset perheen terveyteen ja hyvinvointiin

Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutuksia perheen terveyteen ja hyvinvointiin oli kuvattu yhteensä 22 tutkimuksessa (Eisler ym. 2007, Rhodes ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Couturier ym. 2010, Hurst ym. 2012, Doba ym. 2013, Hollesen ym. 2013, Merwin ym. 2013, Bezance ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Gabel ym. 2014, Byrne ym.

2015, Ciao ym. 2015, Gelin ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Lask & Roberts ym. 2015, Lock ym. 2015, Rienecke ym. 2016, Engman-Bredvik ym. 2016, Wagner ym. 2016).

Psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutuksia nuoren laihuushäiriöpotilaan perheen terveyteen ja hyvinvointiin analysoitujen tutkimusten mukaan ovat:

1. Perheen terveyttä ja hyvinvointia edistävät vaikutukset 2. Perheen terveyttä ja hyvinvointia heikentävät vaikutukset.

Perheen terveyttä ja hyvinvointia edistävät vaikutukset

Perheen terveyttä ja hyvinvointia edistävät vaikutukset liittyivät vanhempien voimavarojen aktivoitumiseen, vanhempien psyykkisten oireiden vähenemiseen, sekä perheen sisäisen vuorovaikutuksen paranemiseen.

Voimavarojen aktivoituminen ilmeni itseluottamuksen vahvistumisena (Lock ym. 2015, Byrne ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Engman-Bredvik ym. 2016), hoitovastuun jakamisena tasaisemmin vanhempien kesken (Rhodes ym. 2009, Hurst ym. 2012, Forsberg ym. 2014, Engman-Bredvik ym. 2016), omasta hyvinvoinnista uudelleen huolehtimisena (Bezance ym. 2014, Engman-Bredvik ym. 2016) ja ongelmanratkaisutaitojen omaksumisena (Lask & Roberts 2015) kuin myös jämäkkyiden lisääntymisenä koskien syömishäiriön oireiden hallintaa (Rhodes ym. 2009, Chen ym. 2010, Hurst ym. 2012, Bezance ym. 2014). Perheen toimintakyky lisääntyminen (Doba ym. 2013, Ciao ym. 2015, Rienecke ym. 2016) ja resilienssi lisääntyi (Engman-Bredvik ym. 2016). Kokemus vertaistuesta lisäsi yhteenkuuluvuuden tunnetta (Rhodes ym. 2009, Engman-Bredvik ym. 2016).

Suoria lainauksia aineistosta:

“After additional treatment aimed at improving parental self-efficacy through IPC, scores on the PvAN improved in the mothers of the poor early responders to the point they no longer differed from those of early responders at the end of IPC (session 8).” (Lock 2015, koodi 2.)

“Parent-to-parent consultation challenged one father to take more active roles at mealtimes.” (Rhodes 2009, koodi 22.)

“...enabled mothers to reinstate boundaries.” (Bezance 2014, koodi 10.)

“Participants in FBT experienced an improvement in family functioning.” (Ciao 2015, koodi 4.)

“...promoted resilience to persist.” (Engman-Bredvik 2016, koodi 14.)

“...increased feeling of belonging.” (Engman-Bredvik 2016, koodi 8.)

Psyykkisten oireiden väheneminen liittyi hoitamiseen liittyvän psyykkisen kuormittuneisuuden vähenemiseen (Rhodes ym. 2009, Merwin ym. 2013, Bezance ym. 2014, Engman-Bredvik ym. 2016). Negatiiviset tunteet lieventyivät. Vanhemmat raportoivat olevansa vähemmän ahdistuneita (Merwin ym. 2013, Bezance ym. 2014), vähemmän yksinäisiä (Rhodes ym. 2009, Engman-Bredvik ym. 2016) ja lopettaneensa itsensä syyllistämisen nuoren sairastumisesta minkä lisäksi skeptisyys omaa osaamista kohtaan väheni (Engman-Bredvik ym. 2016). Positiiviset tunteet lisääntyivät yhteenkuuluvuuden tunteen (Engman-Bredvik ym. 2016) ja toivon vahvistumisen (Rhodes ym. 2009, Bezance ym. 2014) sekä onnellisuuden kokemisen (Bezance ym. 2014) osalta.

Suoria lainauksia aineistosta:

“...reduced carer burden.” (Bezance 2014, koodi 13.)

“...reduced burden experienced by mothers.” (Engman-Bredvik 2016, koodi 27.)

“For many caregivers, anxiety decreased.” (Merwin 2013, koodi 22.)

“...reduced parents’ guilt and self-doubt.” (Engman-Bredvik 2016, koodi 35.)

“...provided hope for carers.” (Bezance 2014, koodi 20.)

Vuorovaikutuksen paraneminen näkyi siten, että perheenjäsenet kykenivät aiempaa paremmin provosoitumatta ilmaisemaan tunteitaan hoitamiseen liittyvissä haastavissa tilanteissa (Paulson-Karlsson ym. 2009, Doba ym. 2013, Voriadaki ym. 2015, Lask & Roberts 2015, Ciao ym. 2015, Engman-Bredvik ym. 2016) ja kriittinen suhtautuminen nuoreen väheni (Eisler ym. 2007, Rhodes ym. 2009, Doba ym. 2013, Ciao ym. 2015). Nuoren ja vanhempien välinen luottamus palautui (Wagner ym. 2016).

Suoria lainauksia aineistosta:

“In five of six families some improvement in intra-family communication was reported.” (Voriadaki 2015, koodi 5.)

“FBT improved all family members’ perception that communication was clearer and more direct.” (Ciao 2015, koodi 9.)

“Conflictual communication between family members at the end of BSFT was significantly increased.” (Doba 2013, koodi 13.)

“Parent-to-parent consultation helped a mother gain some emotional distance from her own child taking some distress out of the refeeding taks.” (Rhodes 2009, koodi 23.)

TAULUKKO 5. Psykososiaalisten perheinterventioiden perheen terveyttä ja hyvinvointia edistävät vaikutukset

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
1. Perheen terveyttä ja hyvinvointia edistävät vaikutukset	Vanhempien voimavarojen aktivoituminen	Itseluottamuksen vahvistuminen Hoitovastuun jakaminen Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen Ongelmanratkaisutaitojen omaksuminen Jämäkkyuden lisääntyminen Toimintakyvyn lisääntyminen Vertaistuki
	Vanhempien psyykkisten oireiden väheneminen	Psyykkisen kuormittuneisuuden väheneminen Negatiivisten tunteiden lieventyminen Positiivisten tunteiden lisääntyminen
	Perheen sisäisen vuorovaikutuksen paraneminen	Rakentava tunteiden ilmaiseminen Kriittisyyden väheneminen Luottamuksen palautuminen

Perheen terveyttä ja hyvinvointia heikentävät vaikutukset

Analysoitujen tutkimusten mukaan perheen terveyttä ja hyvinvointia heikensi 1. Arkielämän vaikeutuminen 2. Epäluottamus hoitotahoon 3. Tunnekuorman lisääntyminen

Arkielämän vaikeutumista kuvattiin vanhemman lisääntyvänä kyvyttömyytenä tukea nuorta syömään (Bezance ym. 2014) kuin myös hoitokäynneille tulemisen kuormittavaksi kokemisena (Rhodes ym. 2009). Hoitotahoon liittyvä epäluottamus ilmeni vanhempien ja työntekijöiden välisenä

erimielisyytenä liittyen nuoren oireisiin ja hoitokäyntien kokoonpanoon (Rhodes ym. 2009) sekä kokemuksena vanhemmuuden aliarvioinnista (Bezance ym. 2014). Tunnekuorman lisääntyminen liittyi kokemukseen suorituspainesta työntekijöiden läsnä ollessa. Äidit kokivat, etteivät osanneetkaan suunnitella aterioita tai valmistaa ruokaa lapselleen. (Bezance ym. 2014).

Suoria lainauksia aineistosta:

“...caused uncertainty of what to do.” (Bezance 2014, koodi 30.)

“Three parents were critical of the therapist’s insistence that all family members should attend each appointment.” (Rhodes 2009, koodi 46.)

“...made mother feel redundant.” (Bezance 2014, koodi 28.)

“Both parents also felt that constant prompts by the therapist for the father to be involved were not seen as respectful.” (Rhodes 2009, koodi 45.)

“Mother felt anxious about how she would respond to her daughter in the presence of HT staff.” (Bezance 2014, koodi 25.)

TAULUKKO 6. Psykososiaalisten perheinterventioiden perheen terveyttä ja hyvinvointia heikentävät vaikutukset

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
2. Perheen terveyttä ja hyvinvointia heikentävät vaikutukset	Arkielämän vaikeutuminen	Kyvyttömyys tukea nuorta syömään Hoitokäyntien kuormittavuus
	Epäluottamus hoitotahoon	Vanhempien ja työntekijöiden erimielisyydet Kokemus vanhemmuuden aliarvioinnista
	Tunnekuorman lisääntyminen	Kokemus suorituspainesta työntekijöiden läsnä ollessa

5.3 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan nuoren laihuushäiriöpotilaan avohoitoon kehitettyjen psykososiaalisten perheinterventioiden kirjo on laaja. Tutkimuksen painopiste on perhepohjaisessa hoidossa ja sen edelleen kehittämisessä. Psykososiaalisia perheinterventioita toteutetaan sekä

strukturoidusti että ilman yhteisesti sovittuja hoitokäytänteitä. Verrattuna vapaamuotoisesti toteutettuihin psykososiaalisiin perheinterventioihin hoitomanuaaliin pohjautuvat interventiot nojautuvat taustateoriaan tai oletukseen intervention vaikuttavuudesta. Hoitomanuaalin mukainen nuoren laihuushäiriöpotilaan hoito etenee vaiheittain. Kullakin vaiheella on perustellut tavoitteet, ja vaiheesta toiseen siirtyminen edellyttää edistymisen arviointia yhdessä perheen kanssa.

Psykososiaalisilla perheinterventiolla on nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyttä ja hyvinvointia edistäviä vaikutuksia, jotka voivat myös ilmetä viiveellä vasta seuranta-aikana. Tutkimustulokset osoittavat myös, ettei terveyttä ja hyvinvointia edistävien vaikutusten ilmeneminen ole yksiselitteistä. Osalla potilaista oireilu jatkui intervention jälkeenkin.

Psykososiaalisilla perheinterventioilla on sekä perheen terveyttä ja hyvinvointia edistäviä, että heikentäviä vaikutuksia. Psykososiaalisen perheinterventiotutkimuksen painopiste vaikuttaa olevan nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä muun perheen terveyden ja hyvinvoinnin jäädessä vähemmälle huomiolle. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien käyttö on vähäistä, ja valmiiden aineistojen jatkokäyttö sitä vastoin yleistä. Interventioiden kuvaus tutkimuksissa on puutteellista, ja psykososiaalisten perheinterventioiden seurantatutkimuksia on tehty vähän.

6 POHDINTA

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata nuoruusiän laihuushäiriön avohoitoon kehitettyjen psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteitä ja vaikutuksia nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyteen ja hyvinvointiin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nuorten laihuushäiriöpotilaiden poliklinisen perhehoitotyön sisällön kehittämisessä. Lisäksi tavoitteena oli etsiä tietoa perhehoitotieteellistä lisätutkimusta edellyttävistä alueista.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen mukaan nuoren laihuushäiriöpotilaan avohoitoon kehitettyjen psykososiaalisten perheinterventioiden kirjo on laaja. Tutkimusartikkeleissa ($n = 51$) kuvattiin yhteensä 20 erilaista psykososiaalista perheinterventiota. Psykososiaalisten perheinterventioiden kohteina oli tutkimuksiin osallistuneita nuoruusikäisiä ja nuoria aikuisia laihuushäiriöpotilaita, jotka olivat iältään 12-26-vuotiaita. Kahdessa tutkimuksessa psykososiaalisen perheintervention kohteena olivat nuoren laihuushäiriöpotilaan vanhemmat. Potilailla laihuushäiriön kesto oli lyhyt. Interventioiden kohteena olleista laihuushäiriöpotilaista suurin osa oli tyttöjä tai nuoria aikuisia naisia, ja perheistä valtaosa oli ydinperheitä. Psykososiaalisille perheinterventioille yhteistä oli, että ne sisälsivät emotionaalista tukea, tiedollista ohjausta ja neuvontaa. Osa interventioista sisälsi myös vertaistukea. Lisäksi interventioissa perheiden omaa ongelmanratkaisuvalmiutta korostettiin. Yhteistä interventioille oli myöskin laihuushäiriöpotilaan fyysisen voinnin seuranta hoitajakson ajan. Interventioiden käyttöönotolta edellytettiin, ettei lääketieteellistä estettä laihuushäiriön avohoidolle ole. Yhtä tutkimusta lukuun ottamatta osallistujilla ei ollut intervention aikana muita psykososiaalisia hoitoja. Interventioiden kesto vaihteli muutamasta päivästä vuoteen.

Tämän tutkimuksen mukaan nuoren laihuushäiriöpotilaan psykososiaaliset perheinterventiot voidaan jakaa perhepohjaiseen hoitoon, perhepohjaisen hoidon muunnelmiin sekä muihin psykososiaalisiin perheinterventioihin riippuen siitä hoidetaanko nuorta laihuushäiriöpotilasta ja perhettä yhteisesti sovittujen hoitokäytänteiden tai strukturoidun hoitomanuaalin pohjalta vai vapaamuotoisesti.

Nuoren laihuushäiriöpotilaan psykososiaalisista perheinterventioista valtaosa pohjautui tiettyyn teoreettiseen viitekehykseen tai niiden yhdistelmään. Perhepohjaisessa hoidossa on yhdistetty toisiinsa erilaisia perheterapeuttisia traditioita (Lock ym. 2001, 8), ja tehostettu kognitiivinen käyttäytymisterapia pohjautuu syömishäiriöiden transdiagnostiseen malliin (Fairburn 2008,7-22).

Sen perusteella, miten nuoren laihuushäiriöpotilaan psykososiaalisten perheinterventioiden tavoitteita oli tutkimuksissa kuvattu ovat ne karkeasti jaoteltavissa kognitioiden, tunteiden ja käyttäytymisen muutoksiin pyrkiviin interventioihin. Aiemman tutkimuksen mukaan (Cottee-Lane ym. 2004) vanhemmat kokivat lapsensa syömishäiriölle ominaiseen käyttäytymiseen puuttumisen haasteelliseksi. Tämän tutkimuksen mukaan laihuushäiriöpotilaan hoidossa ilmeneviin haastaviin tilanteisiin voidaan löytää ratkaisuja kognitioiden muuttamiseen kohdistuvassa tukiopetuksessa (Lask ja Roberts 2015).

Tämän tutkimuksen perusteella vanhempien kuormittuneisuutta voidaan pyrkiä lieventämään haitallisten tunteiden muuttamiseen kohdistuvilla psykososiaalisilla perheinterventioilla. Näitä ovat intensiivinen vanhempainohjaus (FBT/IPC+), moniperheterapia (MFT), intensiivinen moniperheterapia (I-MFT), ja kotona toteutettava hoito (HT). Intensiivisen vanhempainohjauksen tavoitteena on vanhempien pystyvyyden tunteen vahvistaminen tilanteissa, joissa nuoren hoitovaste perhepohjaisessa hoidossa on ollut huono. Toisin sanoen hoitomallia voidaan käyttää, kun nuoren paino ei ole 4. hoitokäyntiin mennessä riittävästi korjaantunut. Oletuksena on, että vanhemmat kokevat tällöin olevansa kyvyttömiä onnistuneesti huolehtimaan laihuushäiriöön sairastuneen lapsensa ravitsemuskuntoutuksesta. (Lock ym. 2015.)

Moniperheterapiassa (MFT) ja intensiivisessä moniperheterapiassa (I-MFT) tavoitteena on estää laihuushäiriöön liittyvää häpeän tunnetta ja stigmaa. Tavoitteena on estää perheen sosiaalinen eristäytyminen. (Marzola ym. 2015, Voriadaki ym. 2015, Engman-Bredvik ym. 2016.) Koettu kuormittuneisuus ja sosiaalinen eristäytyminen heikensivät kroonista laihuushäiriötä sairastavan potilaan perheen toimintakykyä (Dimitropoulos ym. 2008). On tärkeää, että vanhempien kokemaan kuormittuneisuuteen ja toivottomuuden tunteeseen puututaan jo sairauden varhaisvaiheessa. Altistava perhepohjainen hoito (FBT-E) sekä kiintymyssuhteeseen kohdistuva perheterapia (ABFT) ovat nuoren laihuushäiriöpotilaan haitallisten tunteiden muuttamiseen kohdistuvia psykososiaalisia perheinterventioita.

Altistavassa perhepohjaisessa hoidossa intervention kohteena ovat syömishäiriölle ominaiset ruokaan kohdistuvat ahdistus-, pelko-, ja inhoreaktiot, joita pyritään lieventämään. Oletuksena on perhepohjaisen hoidon vaikuttavuuden tehostuminen vanhempien strukturoidusti altistaessa laihuushäiriöön sairastunut lapsi ruoalle ja ruokailulle. Hoitomallin taustalla on Hildebrandtin ja kollegojen (2012) esittämä malli ahdistuksen ja laihuushäiriön patogeneesin yhteydestä. Laihuushäiriöpotilaiden perheenjäsenillä on muuhun väestöön verrattuna enemmän masennus- ja ahdistuneisuusoireilua, toivottomuutta, kuormittuneisuutta ja stressiä (esim. Sim ym. 2009). Vanhempien kuormittuneisuuden lieventämiseen pyrkivillä interventioilla voidaan tutkimusten (Goddard ym. 2011, Grover ym. 2011, Goddard ym. 2013) mukaan edistää laihuushäiriöpotilaan toipumista.

Hoitomanuaalin mukaisella hoidolla on selkeä alku ja päättymisajankohta, ja hoito etenee vaiheittain. Kullakin vaiheella on omanlaisensa, perustellut tavoitteet. Tämä mahdollistaa toipumisen edistymisen systemaattisen arvioinnin kuin myös hoidon tehostamisen tarpeen arvioinnin. Perhepohjaisessa hoidossa hoidon kohteena oli nuoruusikäinen tai nuori aikuinen laihuushäiriöpotilas. Vastuu nuoren laihuushäiriöpotilaan painonnoususta ja syömishäiriön oireiden hallinnasta avohoidossa oli vanhemmilla. Interventioissa edellytettiin vanhempien aktiivista osallistumista ja uusien taitojen oppimista koskien syömishäiriön oireidenhallintaa. Suurin osa tutkimuksiin osallistuneista perheistä oli ydinperheitä. Ravitsemuskuntoutuksen etenemistä arvioitiin hoitotapaamisissa, joihin osallistuivat nuori ja vanhemmat yhdessä. Vanhempien keskinäistä ja vanhempien sekä terapeutin välistä hoitoyhteistyötä korostettiin hoidon tuloksellisuuden näkökulmasta. (Paulson-Karlsson ym. 2006, Pereira ym. 2006, Lock ym. 2006a, Lock ym. 2006b, Loeb ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Couturier ym. 2010, Doyle ym. 2010, Lock ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Le Grange ym. 2011, Ellison ym. 2012, Le Grange ym. 2012, Isserlin & Couturier 2012, Hurst ym. 2012, Darcy ym. 2013, Forsberg ym. 2013, Accurso ym. 2014, Agras ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Accurso ym. 2015, Byrne ym. 2015, Ciao ym. 2015, Lock ym. 2015, Madden ym. 2015, Rienecke ym. 2016.) Nuoren aikuisen perhepohjaista hoitoa käsitelleissä kahdessa tutkimuksessa potilaan osallistumista hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon korostettiin. (Chen ym. 2010, Chen ym. 2016).

Psykososiaalisten perheinterventioiden toteuttajilta edellytettiin jopa vuosien kokemusta syömishäiriötä sairastavien hoidosta (Paulson-Karlsson ym. 2006, Paulson-Karlsson ym. 2009, Rockwell ym. 2011, Ellison ym. 2012, Godart ym. 2012, Doba ym. 2013, Agras ym. 2014, Gelin ym. 2015, Timko ym. 2015, Engman-Bredvik ym. 2016). Pääsääntöisesti interventioiden toteuttajat olivat

koulutukseltaan psykiatreja, psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä (Chen ym. 2010, Rockwell ym. 2011, Godart ym. 2012, Doba ym. 2013, Merwin ym. 2013, Bezance ym. 2014, Agras ym. 2014, Marzola ym. 2015, Chen ym. 2016). Osassa tutkimuksista intervention toteuttajista käytettiin käsitettä ”therapist” eli terapeutti, ilman viitettä ammattitutkinnosta tai työnkuvasta tarkemmin (Gowers ym. 2007, Dalle Grave ym. 2013). Sairaanhoidajat olivat interventioiden toteuttajina vain kolmessa tutkimuksessa (Rockwell ym. 2011, Bezance ja Holliday 2014, Marzola ym. 2015). Psykososiaalisissa perheinterventioissa työntekijän rooli oli hoitomuodosta riippumatta tukea perhettä löytämään ratkaisuja nuoren laihuushäiriöpotilaan hoitamiseen liittyviin haasteisiin.

Tämän tutkimuksen perusteella hoitomanuaalin mukaiseen hoitoon osallistuminen edellyttää pitkäaikaista sitoutumista säännöllisesti toteutettaviin hoitokäynteihin eri kokoonpanoilla. Hoitomanuaaliin pohjautuvat interventiot olivat kestoltaan pidempiä kuin vapaamuotoisesti toteutetut interventiot. Osassa interventioista oli huomioitu hoitoon sitoutumisen haasteet tarjoamalla perheelle intensiivinen, kestoltaan lyhyempi versio. Perheiden tilanteet ja terveyteen vaikuttavat tekijät ovat yksilöllisiä, mistä johtuen sopivan intervention valinnan tulee olla tarkoin harkittua (Mattila ym. 2009). Hoitomanuaaliin pohjautuvissa interventioissa suurimmassa osassa intervention toteuttajat perehdytettiin, ja hoidon systemaattista toteuttamista valvottiin työnohjaustilanteissa.

Kirjallisuuskatsauksen aineistoon valituissa tutkimuksissa nuoren laihuushäiriöpotilaan subjektiivista hyvinvointia arviointiin standardoiduin oirekyselyin. Hyvinvoinnilla Sladen (2002) taksonomiassa tarkoitetaan potilaan subjektiivista hyvinvoinnin kokemusta, ja määritelmän mukaan arvioinnin voi tehdä vain potilas itse. Hyvinvoinnin arviointi voi liittyä yksittäisiin elämän osa-alueisiin tai olla yksittäinen hoitotulos. Nuoren laihuushäiriöpotilaan psykososiaalisia perheinterventioita käsittelevissä tutkimuksissa hyvinvoinnin arviointi kohdistui syömishäiriöoireiden (Lock ym. 2006a, Lock ym. 2006b, Pereira ym. 2006, Loeb ym. 2007, Gowers ym. 2007, Paulson-Karlsson ym. 2009, Chen ym. 2010, Couturier ym. 2010, Lock ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Le Grange ym. 2011, Isserlin ja Couturier 2012, Le Grange ym. 2012, Ellison ym. 2012, Godart ym. 2012, Darcy ym. 2013, Forsberg ym. 2013, Hollesen ym. 2013, Dalle Grave ym. 2013, Merwin ym. 2013, Accurso ym. 2014, Agras ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Le Grange ym. 2014b, Gabel ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Accurso ym. 2015, Byrne ym. 2015, Ciao ym. 2015, Lock ym. 2015, Madden ym. 2015, Timko ym. 2015, Gelin ym. 2015, Marzola ym. 2015, Chen ym. 2016, Rienecke ym. 2016) sekä psykiatristen liitännäissairauksien oireiden (Gowers ym. 2007, Loeb ym. 2007, Rhodes ym. 2008, Lock ym. 2010, Le Grange ym. 2012, Godart ym. 2012, Merwin ym. 2013, Accurso ym. 2014, Agras ym. 2014, Le

Grange ym. 2014b, Gabel ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Accurso ym. 2015, Byrne ym. 2015, Lock ym. 2015, Ciao ym. 2015, Timko ym. 2015) esiintymiseen ja voimakkuuteen.

Slade (2002) muistuttaa, että potilaan kognitioita/tunteita, käyttäytymistä ja fyysistä terveyttä voidaan arvioida sekä objektiivisesti että subjektiivisesti. Potilaan ja työntekijän arviot voivat poiketa toisistaan. Esimerkiksi potilaan raportoima masennus ei välttämättä vastaa työntekijän arviointia potilaan masennuksesta. Tässä tutkimuksessa potilaan terveyden ja hyvinvoinnin objektiivinen arviointi käsitti paino- ja pituusseurannan (Lock ym. 2006a, Pereira ym. 2006, Eisler ym. 2007, Loeb ym. 2007, Loeb ym. 2009, Paulson-Karlsson ym. 2009, Couturier ym. 2010, Doyle ym. 2010, Lock ym. 2010, Turkiewicz ym. 2010, Le Grange ym. 2011, Rockwell ym. 2011, Ellison ym. 2012, Godart ym. 2012, Hurst ym. 2012, Isserlin ja Couturier 2012, Le Grange ym. 2012, Dalle Grave ym. 2013, Forsberg ym. 2013, Merwin ym. 2013, Accurso ym. 2014, Agras ym. 2014, Forsberg ym. 2014, Hildebrandt ym. 2014, Le Grange ym. 2014a, Le Grange ym. 2014b, Accurso ym. 2015, Byrne ym. 2015, Gelin ym. 2015, Lock ym. 2015, Madden ym. 2015, Timko ym. 2015, Chen ym. 2016, Wagner ym. 2016) ohella työntekijän ja vanhempien havainnointia potilaan voinnista (Darcy ym. 2013, Doba ym. 2013, Lask ja Roberts 2015, Voriadaki ym. 2015, Wagner ym. 2016). Kokemuksia psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin ei potilaita haastatellen ollut kerätty. Tutkimuksissa oli käytetty runsaasti erilaisia terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä arviointimittareita.

Tämän tutkimuksen mukaan psykososiaalisista perheinterventioista tutkimusnäyttöä eniten oli kertynyt hoitomanuaaliin pohjautuvasta, vaiheittain etenevästä perhepohjaisesta hoidosta, jolla on selkeät tavoitteet. Verrattuna avohoidossa vapaamuotoisesti toteutettuihin interventioihin sekä aktiivisen hoito-otteen että tutkimusnäytön kriteerit tämän intervention osalta näyttäisivät täyttyvän paremmin (Käypä hoito-suositus 2014). Kuitenkin myös vapaamuotoisesti toteutetuilla interventioilla oli nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyttä ja hyvinvointia edistäviä vaikutuksia. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan psykososiaalisilla perheinterventioilla oli nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta vaikutuksia, jotka ovat osin yhteneviä syömishäiriöiden transdiagnostiseen mallin (Fairburn 2008) ulottuvuuksien kanssa.

Tämän tutkimuksen mukaan psykososiaalisilla perheinterventioilla voidaan edistää sekä nuoren laihuushäiriöpotilaan, että nuoren laihuushäiriöpotilaan perheen terveyttä ja hyvinvointia. Kognitioiden osalta psykososiaaliset perheinterventiot vaikuttivat laihuushäiriön ydinpsykopatologiassa minäkuvaa koskevaan häiriintyneeseen merkityksenantoon siten, että

ajatusvääristymät liittyen syömisen, muodon ja painon merkityksellisyyteen itsearvostuksen lähteinä vähenivät. Tulokset eivät ole yhdensuuntaisia, sillä Lockin ja kollegojen (2010) tutkimus osoitti kognitioiden korjaantuneen vain osalla potilaista. Vastaavasti tutkimustulokset olivat ristiriitaisia koskien psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutuksia laihuushäiriön klinisiin ominaispiirteisiin. Osassa tutkimuksista (Accurso ym. 2014, Gabel ym. 2014, Gelin ym. 2015, Hildebradt ym. 2014, Paulson-Karlsson ym. 2006, Timko ym. 2015) tulokset osoittivat kehon muotoon liittyvien huolien vähentyneen, osassa puolestaan todettiin, ettei interventiolla ollut ollut niihin vaikutusta lainkaan (Loeb ym. 2007).

Psykososiaalisten perheinterventioiden keskeinen vaikutus nuoren laihuushäiriöpotilaan terveyteen ja hyvinvointiin näkyi painon korjaantumisenä fysiologiselle tasolle tai lähelle sitä. Paino jatkui korjaantumistaan myös seuranta-aikana. Mitä tulee oireidenhallintaan näyttö psykososiaalisilla perheinterventioiden vaikutuksesta ahminnan ja oksentamisen rajoittamiseen oli heikkoa. Osassa tutkimuksista pakonomainen tarve liikkua väheni. Laksatiivien tai diureettien käyttöön tai kehon tarkkailuun kohdistuvia vaikutuksia ei ollut tutkittu.

Tutkimuksissa perheen voimaantuminen suhteessa laihuushäiriöön liittyi tekstikatkelmiin, joissa kuvattiin vanhempien jämäkkyuden lisääntymistä laihuushäiriön oireiden hallinnassa sekä osioissa, joissa kuvattiin ongelmanratkaisutaitojen paranemista. Merkillepantavaa on, että psykososiaalisilla perheinterventioilla oli myös perheen terveyttä ja hyvinvointia heikentäviä vaikutuksia. Osa vanhemmista kuvasi kokeneensa terveydenhuollon ammattilaisten aliarvioineen heidän osaamiseensa.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaiheen valinta on tutkijan eettinen kannanotto, jota edeltää pohdinta aiheen merkityksellisyydestä oman tieteenalan ja laajemmin yhteiskunnan näkökulmasta. Hoitotieteelliseltä kirjallisuuskatsaukselta edellytetään, että siinä tarkastellaan relevanttia hoitotieteen osa-aluetta tutkimuksellisesti tarkoituksenmukaisesta näkökulmasta. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 69-73). Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nuoruusiän laihuushäiriöön sairastuneiden perhehoitotyön kehittämisessä Suomessa. Aiheen merkityksellisyyttä sekä yhteiskunnan että hoitotieteen kannalta esitellään kattavasti ja argumentoiden tutkimusraportin *Teoreettiset lähtökohdat* -osiossa. Tässä tutkimuksessa tutkija sitoutui noudattamaan hyvää

tieteellistä käytäntöä eli olemaan tutkimustyössään vilpitön ja huolellinen koko prosessin ajan. Kirjallisuuskatsauksen toteutuksessa käytettiin tiedeyhteisön hyväksymiä tiedonhankinnan ja arvioinnin menetelmiä. Tutkimus toteutettiin pro gradu -tutkielman ohjauksessa, ja siinä pyrittiin huomiomaan hoitotyön organisaation ajankohtaiset intressit. Tutkijan oma pohdinta on erotettavissa tutkijakollegoiden ansioista asianmukaisilla viittausmerkinnöillä. Aineiston hankinnassa ja analyysissä pyrittiin huolellisuuteen. Aineiston hankintaan liittyvissä kysymyksissä konsultoititiin terveystieteellisen tiedon hankintaan perehtynyttä informaatikkoa. Tutkimusraportissa tutkimuksen vaiheet on pyritty raportoimaan yksityiskohtaisesti (Kuula 2011, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineisto on monipuolinen, koska psykososiaalisten perheinterventioiden tutkimus ulottuu moniin maihin. Katsaus sisältää alan johtavissa lehdissä julkaistut vertaisarvioidut tutkimukset. Suurin osa (40/51) tutkimusaineistoon sisältyneistä alkuperäistutkimuksista oli menetelmälliseltä laadultaan heikkoja, mikä heikentää tämän katsauksen luotettavuutta. Tutkimustulosten siirrettävyyttä heikentää se, etteivät alkuperäistutkimusten tulokset olleet keskenään täysin vertailukelpoisia johtuen tutkimuksissa käytetyistä erilaisista terveyden ja hyvinvoinnin muuttujista ja mittareista. Tällä tutkimuksella on muitakin luotettavuuteen liittyviä rajoituksia, joita arvioidaan soveltamalla lomaketta *JB1 Kriittisen arvioinnin tarkistuslista järjestelmälliselle katsaukselle*. Luotettavuuskriteerit koskevat katsauksen kysymyksen selkeää esittämistä, hakustrategian ja sisäänottokriteerien asianmukaisuutta, tutkimusten arviointikriteerien asianmukaisuutta ja arvioinnin tapaa, tietojen uuttamista ja tuloksiin sekä johtopäätöksiin päätyminen logiikkaa. (JB1 2011.)

Tämän tutkimuksen tekijän intressinä oli tuottaa ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tutkimustietoa psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteistä sekä nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyteen kohdistuvista vaikutuksista. Tutkimusaiheen valintaan vaikutti tutkijan ammatillinen ja organisaation hoitotyön esimiehen kiinnostus aiheesta.

Kirjallisuuskatsauksessa pyritään katsaukseen liittyvän harhan riskin vähentämisen lisäksi siihen, että prosessi olisi toistettavissa. Tutkimustehtävien selkeä määrittely on luotettavuuden kannalta keskeinen asia, sillä niissä rajataan se, mihin kirjallisuuskatsauksella pyritään löytämään vastaus

(Kääriäinen ja Lahtinen 2006). Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymyksiä oli kaksi, ja niiden laatiminen pohjautui aihetta koskevaan tutkimustietoon sekä tutkijan taustasitoumuksiin ja tiedonintressiin (Khan ym. 2003). Tutkimustehtävästä sovittiin yhdessä pro gradu -tutkielman ohjaajien kanssa. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on selkeästi kuvattu, ja perusteltu aiemman aiheeseen liittyvän tutkimuksen puutteella. Tämän tutkimuksen menetelmävalinnat olivat yhteneväiset tutkimuksen tarkoituksen kanssa ja kirjallisuuskatsauksella saatiin vastaus asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimusaiheen valintaa edelsi harkinta tutkimusaiheen merkityksellisyydestä hoitotieteen ja laajemmin yhteiskunnan näkökulmasta. Hoitotieteelliseltä kirjallisuuskatsaukselta edellytetään, että siinä tarkastellaan relevanttia hoitotieteen osa-aluetta tutkimuksellisesti tarkoituksenmukaisesta näkökulmasta (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 69-73). Sen asemesta, että tutkimus olisi kohdistettu tiettyyn psykososiaaliseen perheinterventioon, kuten eniten tutkittuun perhepohjaiseen hoitoon, katsaus tarjoaa poikkileikkauksen erilaisiin psykososiaalisiin perheinterventioihin. Tehdyllä rajauksella perheen terveyttä kuvaavia artikkeleita saattoi jäädä tarkastelun ulkopuolelle.

Tässä tutkimuksessa kirjallisuushaku eteni tutkimussuunnitelmaan kirjatun hakustrategian mukaisesti ja aineisto valittiin ennalta määriteltyjen kriteerien perusteella. Tutkimusaineiston valintakriteerien laadinnassa sovellettiin *The Cochrane Reviewer's Handbook* –käsikirjan ohjeistusta (Higgins ja Green 2011). Ennen varsinaiseen hakuun ryhtymistä tehtiin alustava kirjallisuushaku, jonka perusteella tutkimuskysymystä ja aineiston valintakriteereitä tarkennettiin (Malmivaara 2002). Alkuperäistutkimuksia haettiin sekä sähköisesti että käsin haulla, jotta mahdolliset tietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset tavoitettaisiin (Mäkelä ym. 1999). Luotettavuutta pyrittiin lisäämään konsultoimalla terveystieteellisen tiedon käsittelyyn perehtynyttä informaatikkoa alustavan haun vaiheessa. Käytännössä tämä tarkoitti hakutermien ja –tapojen valintaa informaatikon ohjeistamana.

Analysoitavia tutkimuksia ei rajattu vain sähköisessä muodossa löytyviin, jotta tutkimuksen luotettavuus ei heikentyisi. Toisaalta tämän tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, että tutkimusaineiston ulkopuolelle jäivät julkaisemattomat ja muut kuin englanninkieliset tutkimukset. Hakuprosessit ovat toistettavissa, koska niiden kuvaamisessa pyrittiin selkeyteen. Ensimmäinen tietokantahaku suoritettiin informaatikon ohjeistamana, sitä seuraavat haut toteutettiin itsenäisesti. Tämä saattoi heikentää hakujen luotettavuutta, vaikka toisaalta pro gradu -tutkielman tekijällä oli kandidaattivaiheen opintojen myötä hankittua aiempaa terveystieteellisen tiedonhaun osaamista.

Tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta saattaa heikentää se, että aineiston ulkopuolelle jätettiin ennen vuotta 2006 julkaistut tutkimukset. Toisaalta oletettiin, että aineiston keruu kymmenen vuoden ajanjaksolta antaisi kattavan kuvan tutkittavasta ilmiöstä ajankohtaisesti sekä takautuvasti ja takaisi myös aineiston riittävyyden (Khan ym. 2003, Lipp ym. 2003). Valikoitumisharhaa pyrittiin vähentämään määrittelemällä valintakriteerit tarkasti.

Tämän tutkimuksen aineistoon hyväksyttiin ainoastaan vertaisarvioinnin läpikäyneitä alkuperäistutkimuksia, ja niiden laatu arvioitiin standardoiduin lomakkein. Kirjallisuuskatsaus toteutettiin itsenäisesti, mikä vastaa Tampereen yliopiston pro gradu -opinnäytetyön vaatimuksia (HES 2013). Se, että alkuperäistutkimusten menetelmällisen laadun arviointi toteutettiin vain yhden henkilön toimesta heikentää tutkimuksen luotettavuutta (ks. Lloyd Jones 2004, Kääriäinen ja Lahtinen 2006). Lisäksi tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta heikentää aineistoon valittujen alkuperäistutkimusten menetelmällisen laadun heikkoudet. Kvantitatiivisten tutkimusten menetelmälliset heikkoudet liittyivät satunnaistamisen ja vertailuryhmän puuttumiseen, sekoittavien tekijöiden käsittelyn mainitsematta jättämiseen, seurantajakson puuttumiseen, ja tutkimuksen keskeyttäneiden tulosten raportoimatta jättämiseen. Laadullisten tutkimusten menetelmälliset heikkoudet liittyivät tutkijan asemoinnin ja vaikutuksen kuvaamatta jättämiseen ja osallistujien äänen asiaankuuluvan kuvaamisen niukkuuteen.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa tietojen uuttamisvaiheeseen sisältyi virheiden mahdollisuus, koska alkuperäistutkimuksista kerättiin tietoa taulukkoon käyttämättä standardoituja lomakkeita. Tämä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston analyysimenetelmän valintaan tässä tutkimuksessa vaikutti tutkimustehtävä sekä alkuperäistutkimusten luonne, määrä, laatu ja heterogeenisyys (Cook ym. 1997, Khan ym. 2003). Analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, koska se mahdollistaa aineiston järjestelmällisen ja objektiivisen analysoinnin (Kyngäs ja Vanhanen 1999, Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-137).

Tutkimusaineiston sisällönanalyysissä käytettiin sekä deduktiivista että induktiivista lähestymistapaa (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Deduktiivisuus tarkoitti valmiin tarkistuslistan käyttöä psykososiaalisten perheinterventoiden ominaispiirteitä koskevan tiedon uuttamisessa alkuperäistutkimuksista. Toisin sanoen teorialähtöisyys merkitsi sitoutumista analyysiin tarkistuslistassa kuvattujen valmiiden teemojen puitteissa. Toinen tutkimuskysymys koskien psykososiaalisten perheinterventoiden vaikutuksia nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyteen ja hyvinvointiin ohjasi induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Tutkimustulokset on esitetty kuvailevana synteesinä välttämällä ylitulkintaa (Kääriäinen ja Lahtinen 2006). Tämän tutkimuksen totuusarvoa lisää tulosten kuvaamisen selkeys. Toisin sanoen voidaan olettaa tutkimuksen lukijan ymmärtävän, kuinka tulokset on analysoitu ja millä tavoin sisällönanalyysissä muodostetut luokat kattavat aineiston. Sisällönanalyysi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti siten, että yhteys alkuperäistekstiin säilyy. Tutkimusraporttiin on sisällytetty taulukko tuloksista ja sitaatteja alkuperäistekstistä. Tutkimuskonteksti aineiston keruun ja analysoinnin osalta on myöskin pyritty mahdollisimman selkeästi raportoimaan. Sama pätee psykososiaalisiin perheinterventioihin osallistuneiden henkilöiden taustatietojen kuvaukseen. Psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteiden kuvauksessa ei päästy riittävään tarkkuuteen johtuen interventioiden taustojen ja toteutuksen kuvauksen vaihtelevasta tasosta aineistossa. Osassa tutkimuksista psykososiaalista perheinterventiota oli kuvattu muutamien lausein viitaten hoitomanuaaliin tai aiempiin tutkimuksiin aiheesta, osassa puolestaan kuvaus oli yksityiskohtaisempaa. Näin ollen sisällönanalyysi jäi pinnalliseksi. Katsauksen luotettavuutta vahvistaa se, että analysoitavaksi valitut tutkimukset on esitetty taulukkona, jolloin niiden heterogeenisyyttä voidaan arvioida (Whittemore ja Knafl 2005).

6.4 Päätelmät

Tutkimustulosten pohjalta voidaan tehdä seuraavia päätelmiä:

1. Nuoruusiän laihuushäiriön psykososiaalisten perheinterventioiden tutkimus on painottunut perhepohjaisen hoidon vaikuttavuuden selvittämiseen ja jatkokehittämiseen. Menetelmiä perhepohjaisen hoidon tehostamiseksi on kehitetty, ja perhepohjaisesta hoidosta on kehitetty versio nuorille aikuisille.
2. Psykososiaalisilla perheinterventioilla pyritään haitallisten ajatusten, tunteiden ja toimintojen muuttamiseen niin yksilön kuin perheenkin tasolla. Psykososiaalisia perheinterventioita voidaan toteuttaa strukturoidusti tai vapaamuotoisesti. Intervention toteuttajat perehdytetään hoitomanuaaliin ja heille voidaan järjestää työnohjausta.
3. Hoitomanuaaliin pohjautuvien nuoruusiän laihuushäiriön psykososiaalisten perheinterventioiden potentiaali liittyy perheen voimavarojen uudelleen aktivoitumiseen hoidon aikana ja nuoren

biologisen normaalipainon saavuttamiseen hoidon lopussa. Psykososiaalisten perheinterventioiden pitkäaikaisvaikutuksia nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen terveyteen ja hyvinvointiin on tehty vähän. Nuoruusiän laihuushäiriön psykososiaalisilla perheinterventioilla on myös terveyttä ja hyvinvointia heikentäviä vaikutuksia.

4. Psykososiaalisia perheinterventioita kuvaavissa tutkimuksissa ei ole yhtenäistä laihuushäiriöstä toipumisen määritelmää ja kategoristen tulosmuuttujien käyttö on yleistä. Laadullisten tutkimusmenetelmien käyttö terveyttä ja hyvinvointia koskevassa tiedonkeruussa on vähäistä.

5. Nuoruusiän laihuushäiriön psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteiden kuvaus on tutkimuksissa puutteellista tai niukkaa ajoituksen ja kontekstin sekä toteutustavan osalta.

6. Psykososiaalisten perheinterventioiden toteuttajilta edellytetään syömishäiriöiden hoidon erityisosaamista, vankkaa työkokemusta ja korkeaa koulutustasoa. Ammatiltaan toteuttajat ovat pääsääntöisesti sosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja psykiatreja. Sairaanhoidajat osallistuvat psykososiaalisten perheinterventioiden toteuttamiseen harvoin.

6.5 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen tulokset antavat kuvan nuoren laihuushäiriöpotilaan avohoitoon kehitettyjen psykososiaalisten perheinterventioiden ominaispiirteistä. Kirjallisuuskatsauksen tulokset lisäävät myös ymmärrystä psykososiaalisten perheinterventioiden potentiaalista nuoren laihuushäiriöpotilaan ydinoireiden lieventämisessä ja perheen voimavarojen aktivoimisessa. Näiltä osin tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön käytännössä valittaessa nuoruusikäisen ja nuoren aikuisen laihuushäiriöpotilaan avohoitoon mahdollisimman tarkoituksenmukaista hoitomenetelmää.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella nuoren laihuushäiriöpotilaan sisarukset olivat perhetapaamisissa harvoin läsnä. Tulokset antavat myös viitteitä psykososiaaliin perheinterventioihin osallistuvien vanhempien tuen tarpeesta avohoidon aikana. Näiltäkin osin tuloksia voidaan hyödyntää nuoren laihuushäiriöpotilaan polikliinisen perhehoitotyön sisällön kehittämisessä.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta strukturoitujen psykososiaalisten perheinterventioiden toteuttajien olevan ammateiltaan pääsääntöisesti sosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja psykiatreja. Työntekijöillä oli useiden vuosien kokemus syömishäiriöpotilaiden hoidosta ja heidät oli perehdytetty hoitomanuaalin käyttöön. Hoidon toteuttamista arvioitiin työnohjauksessa. Kyseisiä tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa avohoidon resursointiin liittyvässä päätöksenteossa. Sairaanhoitajien asiantuntijuuden hyödyntämistä nuorten laihuushäiriöpotilaiden psykososiaalisten perheinterventioiden toteuttamisessa tulisi jatkossa selvittää.

Tämä kirjallisuuskatsaus antoi viitteitä siitä, että psykososiaalisilla perheinterventioilla voi olla myös nuoren laihuushäiriöpotilaan perheen terveyttä ja hyvinvointia heikentäviä vaikutuksia. Lisäksi tutkimuksista muodostui kuva, että strukturoiduissa psykososiaalisissa perheinterventioissa perheet joutuvat sopeutumaan etukäteen määriteltyihin hoitoprosesseihin ja pitkiin hoitojaksoihin. Suomessakin laihuushäiriön hoito on kehittynyt avohoidon suuntaan perheiden korvatesa osan julkisesta hoitovastuusta (Käypä hoito-suositus 2014). Hoitotyön käytännössä on tärkeää nähdä perhe samanaikaisesti sekä voimavarana että avun tarvitsijana suhteessa palvelujärjestelmään. Vanhempien hoitovastuun painottaminen kuormittavassa elämäntilanteessa herättää kysymyksen siitä, millä tavoin hoitotaho ja yhteiskunta huomioivat perheen avun tarpeen.

Kirjallisuuskatsausta voidaan myös hyödyntää laihuushäiriöpotilaita hoitavien työntekijöiden työpaikkakohtaisessa koulutuksessa. Mitä tulee perhehoitotieteelliseen jatkotutkimukseen, tällä katsauksella löytyi lisätutkimusta edellyttäviä alueita. Suurin osa psykososiaalisista perheinterventiotutkimuksista on toteutettu Yhdysvalloissa. Tutkimuksellinen kiinnostus kohdistuu selkeästi eniten perhepohjaisen hoidon vaikuttavuuden selvittämiseen ja jatkokehittämiseen. Tästä osoituksena ovat pääosin kvantitatiivisin menetelmin toteutetut tutkimukset (84%) ja perhepohjaisen hoidon tehokkuuden parantamiseen kohdistuvat interventioden muunnellat. Nuoruusiän laihuushäiriön näyttöön perustuvan avohoidon kehittämisen kannalta tärkeää olisi perhepohjaisen hoidon tutkimus myös Suomessa. Kokemuksia psykososiaalisten perheinterventioiden vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin oli kerätty suurimmaksi osaksi standardoiduin oirekyselyin. Laadullisia tutkimuksia, joissa pääpaino on osallistujien kokemusten kuvaamisessa koskien perhepohjaisen hoidon toteutusta ja vaikutuksia tulisi lisätä.

LÄHTEET

* Kirjallisuuskatsaukseen valitut analysoidut tutkimukset

Aalberg V. 2014. Nuoruusiän ahdistuneisuus – kehitykseen kuuluvaa vai psykopatologiaa? *Duodecim* 130,1319-23

Aalto-Setälä T & Marttunen M. 2007. Nuoren psyykinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? *Duodecim* 123, 207-13

Aaltonen J. 2006. Perheterapia psykoterapian muotona. *Duodecim* 12, 722-729

* Accurso EC, Ciao AC, Fitzsimmons-Craft EE & Lock JD. 2014. Is weight gain really a catalyst for broader recovery?: The impact of weight gain on psychological symptoms in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 56, 1-6

* Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Ciao AC & Le Grange D. 2015. From efficacy to effectiveness: Comparing outcomes for youth with anorexia nervosa treated in research trials versus clinical care. *Behaviour Research and Therapy* 65, 36-41

* Agras WS, Lock J, Brandt H, Bryson SW, Dodge E, Halmi JA, Jo B, Johnson C, Kaye W, Wilfley D & Woodside B. 2014. Comparison of 2 Family Therapies for Adolescent Anorexia Nervosa. A Randomized Parallel Trial. *JAMA Psychiatry* 71(11), 1279-86

Agras WS & Robinson AH. 2008. Forty years of progress in the treatment of the eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry* 62 (47), 19-24

Aho A, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2004. Hoitotieteellinen tutkimus ja sen haasteet Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 16, 274–277

Allen KL, Byrne SM, Oddy WH & Crosby RD. 2013. DSM-IV-TR and DSM-5 Eating Disorders in Adolescents: Prevalence, Stability, and Psychosocial Correlates in a Population-Based Sample of Male and Female Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 122 (3), 720-732

American Psychiatric Association. 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.) doi: 10.1176/appi.books.9780521315289

American Psychiatric Association. 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.) doi: 10.1176/appi.books.9780890420188

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) doi: 10.1176/appi.books.9780890420614

American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.) doi: 10.1176/appi.books.9780890420249

American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.)
 Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta:
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.x00DiagnosticClassification>
 Luettu 20.12.2016

Anastasiadou D, Medina-Pradas C, Sepulveda AR & Treasure J. 2014. A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviors* 15, 464-477

Anzai N, Lindsey-Dudley K & Bidwell RJ. 2002. Inpatient and partial hospital treatment for adolescent eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 11, 279-309

Bakker R, van Meijel B, Beukers L, van Ommen J, Meerwick E & van Elburg A. 2011. Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 24, 16-22

Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J & Neumark-Sztainer D. 2011. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing* 21, 1355-1363

* Bezance J & Holliday J. 2014. Mothers' Experiences of Home Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Eating Disorders* 22, 386-404

Bezance J & Holliday J. 2013. Adolescents with Anorexia Nervosa Have Their Say: A Review of Qualitative Studies on Treatment and Recovery from Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 21, 352-360

Braun V & Clarke V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta:
<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Luettu 3.12.2016

Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA & Lohr KN. 2007. Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders* 40, 310-320

Burns N & Grove SK. 2009. *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. Saunders Elsevier Inc, St Louis, USA

* Byrne CE, Accurso EC, Arnow KD, Lock J & Le Grange D. 2015. An Exploratory Examination of Patient and Parental Self-Efficacy as Predictors of Weight Gain in Adolescents with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 48, 883-88

* Chen EY, Le Grange D, Doyle AC, Zaitsoff S, Doyle P, Roehrig JP & Washington B. 2010. A Case Series of Family-Based Therapy for Weight Restoration in Young Adults with Anorexia Nervosa. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 40, 219-224

* Chen EY, Weissman JA, Zeffiro TA, Yiu A, Eneva KT, Arlt JM & Swantek MJ. 2016. Family-Based Therapy for Young Adults with Anorexia Nervosa Restores Weight. *International Journal of Eating Disorders* 49, 701-7

- Chesney E, Goodwin GM & Fazel S. 2014. Risk of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 13, 153-160
- Clarke M. 2008. Overview of Methods. Teoksessa: Webb C & Brenda R. (toim.) *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*. Blackwell Publishing Ltd, Oxford
- * Ciao AC, Accurso EC, Fitzsimmons EE, Ma C, Lock J & Le Grange D. 2015. Family Functioning in Two Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 48, 81-90
- Colton A & Pistrang N. 2004. Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-316
- * Couturier J, Isserlin L & Lock J. 2010. Family-Based Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa: A Dissemination Study. *Eating Disorders* 18(3), 199-209
- Conn VS, Cooper PS, Ruppert TM & Russell CL. 2008. Searching for the Intervention in Intervention Research Reports. *Journal of Nursing Scholarship* 40 (1), 52-59
- Cottee-Lane D, Pistrang N & Bryant-Waugh R. 2004. Childhood Onset Anorexia Nervosa: The Experience of Parents.. *European Eating Disorders Review* 12, 169-177.
- Crowe A & Brinkley J. 2015. Distress in Caregivers of a Family Member With Serious Mental Illness. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 23(3), 286-294
- * Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA & Fairburn CG. 2013. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy* 51, 9-12
- Dalle Grave R, Pauli DD, Sartirana M, Calugi S & Shafran R. 2007. The interpretation of symptoms of starvation/severe dietary restraint in eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders* 12, 108-103
- Dalle Grave R, Calugi S & Marchesini G. 2008. Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: Prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry* 49(4), 346-352
- * Darcy AM, Bryson SW, Agras WS, Fitzpatrick KK, Le Grange D & Lock J. 2013. Do in-vivo behaviors predict early response in family-based treatment for anorexia nervosa? *Behaviour Research and Therapy* 51, 762-766
- Denham SA. 2002. Family Routines: A Structural Perspective for Viewing Family Health. *Advanced Nursing Science* 24(4), 60-74
- Diamond G & Josephsson A. 2005. Family-Based Treatment Research: A 10 Year Update. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44 (9), 872-887
- Dimitropoulos G, Carter J, Schachter R & Woodside RB. 2008. Predictors of Family Functioning in Carers of Individuals with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 41, 739-747

Dimitropoulos G, Freeman VE, Bellai K & Olmsted M. 2013. Inpatients with Severe Anorexia Nervosa and Their Siblings: Non-shared Experiences and Family Functioning. *European Eating Disorders Review* 21, 284-293

* Doba K, Pezard L, Berna G, Vignau J & Nandrino J-L. 2013. Affiliative Behaviour and Conflictual Communication during Brief Family Therapy of Patients with Anorexia Nervosa. *PLoS ONE* 8(8), e70389

* Doyle PM, Le Grange D, Loeb K, Doyle AC & Crosby RD. 2010. Early Response to Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 43, 659-662

Ebeling H, Järvi L, Komulainen J, Koskinen M, Morin-Papunen L, Rissanen A & Tapanainen P. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriayhdistyksen asettama työryhmä. *Käypä hoito –suositus. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret)*. Päivitetty 20.8.2009.

Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahirani K, Thompson-Brenner H & Herzog DB. 2008. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implication for DSM-V. *American Journal of Psychiatry* 165, 245-250

Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E & Le Grange D. 2000. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 727-736

* Eisler I, Simic M, Russell GFM & Dare C. 2007. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(6), 552-60

Eisler I. 2005. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy* 27, 104-131

* Ellison R, Rhodes P, Madden S, Miskovic J, Wallis A, Baillie A, Kohn M & Touyz S. 2012. Do the Components of Manualized Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa Predict Weight Gain? *International Journal of Eating Disorders* 45, 609-14

Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115

* Engman-Bredvik S, Suarez NC, Levi R & Nilsson K. 2016. Multi-family therapy in anorexia nervosa – A qualitative study of parental experiences. *Eating Disorders* 24(2), 186-197

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062 Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://www.finlex.fi>
Luettu 3.12.2016

Fairburn CG, Cooper Z & Shafran R. 2003. Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy* 41, 509-528

Fairburn CG. 2008. Eating Disorders: The Transdiagnostic View and the Cognitive Behavioral Theory. Teoksessa: Fairburn CG. 2008. *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. The Guilford Press, New York

Faurie M & Kallioma-Puha L. 2010. Jääkaappi, osoite vai sukuside – perhe sosiaalilainsäädännössä. *Lakimies* 7-8, 1266-1292

Field AE, Sonnevile KR, Micali N, Crosby R, Swanson SA, Laird NM, Treasure J, Solmi F & Horton NJ. 2012. Prospective Association of Common Eating Disorders and Adverse Outcomes. *Pediatrics* 130 (2), e289-e295

Fink A. 2005. *Conducting Research Literature Reviews. From the Internet to Paper*. 2. painos. SAGE Publications. Thousand Oaks.

Fisher CA, Hetrick SE & Rushford N. 2010. Family therapy for anorexia nervosa (Review). *The Cochrane Collaboration* 4, 1-115

* Forsberg S, LoTempio E, Bryson S, Fitzpatrick KK, Le Grange D & Lock J. 2013. Therapeutic Alliance in Two Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 46, 34-8

* Forsberg S, LoTempio E, Bryson S, Fitzpatrick KK, Le Grange D & Lock J. 2014. Parent-Therapist Alliance in Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 22(1), 53-8

Franklin JC, Schiele BC, Brozek J & Keys A. 1948. Observations on human behavior in experimental semi-starvation and rehabilitation. *Journal of Clinical Psychology* 4, 28-45

Fichter MM, Quadflieg N & Hedlund S. 2006. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 39(2), 87-100

Fichter MM & Quadflieg N. 2007. Long-term stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders* 40, 61-66

Fishman HC. 2006. Juvenile Anorexia Nervosa: Family Therapy's Natural Niche. *Journal of Marital and Family Therapy* 32, (4), 505-514

Forbes A. 2009. Clinical intervention research in nursing. *International Journal of Nursing Studies* 46, 557-568

* Gabel K, Pinhas L, Eisler I, Katzman D & Heinmaa M. 2014. The Effect of Multiple Family Therapy on Weight Gain in Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot Data. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 23(3), 196-99

* Gelin Z, Fuso S, Hendrick S, Cook-Darzens S & Simon Y. 2015. The Effects of a Multiple Family Therapy on Adolescents with Eating Disorders: An Outcome Study. *Family Process* 54, 160-172

Gilbert N, Arcelus J, Cashmore R, Thompson B, Langham C & Meyer C. 2012. Should I ask about eating? Patients' disclosure of eating disorder symptoms and help-seeking behaviour. *European Eating Disorders Review* 20, 80-5

* Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdureau F, Rein Z, Wallier J, Horreard A-S, Kaganski I, Lucet R, Atger F, Corcos M, Fermanian J, Falissard B, Flament M, Eisler I & Jeammet P. 2012. A Randomized

Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLoS ONE* 7(1), e28249

Goddard E, Macdonald P, Sepulveda AR, Naumann U, Landau S, Schmidt U & Treasure J. 2011. Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers. *The British Journal of Psychiatry* 199(3), 225-231

Goddard E, Salerno L, Hibbs R, Raenker S, Naumann U, Arcelus J, Ayton A, Boughton N, Connan F, Goss K, Lacey H, Lazlo B, Morgan J, Moore K, Robertson D, Schreiber-Kounine C, Sharma S, Whitehead L, Schmidt U & Treasure J. 2013. Empirical examination of the interpersonal maintenance model of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 46(8), 867-874

Gough D, Thomas J & Oliver S 2012. Clarifying differences between review designs and methods. *Systematic Reviews* 1 (28), 1-9 Saatavana: <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/1/1/28>

* Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Byford S & Barrett B. 2007. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 191, 427-35

Gowers SG & Smyth B. 2004. The impact of a motivational assessment interview on initial response to treatment in adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 12(2), 87-93

Gowers SG. 2006. Evidence Based Research in CBT with Adolescent Eating Disorders. *Child and Adolescent Mental Health* 11(1), 9-12

Grover M, Naumann U, Mohammad-Dar L, Glennon D, Ringwood S, Eisler I, Williams C, Treasure J & Schmidt U. 2011. A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 2011;41:2581-2591.

Gümmer R, Giel KE, Schag K, Resmark G, Junne FP, Becker S, Zipfel S & Teufel M. 2015. High Levels of Physical Activity in Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *European Eating Disorders Review* 23, 333-344

Halvorsen I & Heyerdahl S. 2007. Treatment perception in adolescent onset anorexia nervosa: retrospective views of patients and parents. *International Journal of Eating Disorders* 40(7), 629-39

Havill NL, Leeman J, Shaw-Kokot J, Knafl K, Crandell J & Sandelowski M. 2014. Managing large-volume literature searches in research synthesis studies. *Nursing Outlook* 62, 112-118

HES 2013. *Pro gradu -tutkielman arviointikriteerit*. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: [http://www.uta.fi/hes/tiedostot/luonnos_progradu-3%20\(1\).pdf](http://www.uta.fi/hes/tiedostot/luonnos_progradu-3%20(1).pdf) Luettu 16.12.2016

* Hildebrandt T, Bacow T, Greif R & Flores A. 2014. Exposure-Based Family Therapy (FBT-E): An Open Case Series of a New Treatment for Anorexia Nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice* 21(4), 470-84

Hildebrandt T, Bacow T, Markella M & Loeb KL. 2012. Anxiety in Anorexia Nervosa and its Management Using Family-Based Treatment. *European Eating Disorders Review* 20, 1-16

Hoek HW & van Hoeken D. 2003. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 34 (4), 383-396

Hoffmann T, Erueti C & Glasziou P. 2013. Poor description of non-pharmacological interventions: analysis of consecutive sample of randomised trials. *British Medical Journal* 347, f3755

Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, Altman DG, Barbour V, Macdonald H, Johnston M, Lamb SE, Dixon-Woods M, McCulloch P, Wyatt JC, Chan A-W & Michie S. 2014. Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *British Medical Journal* 348, g1687

Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D & Kilbanski A. 2005. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Archives of Internal Medicine* 165(5), 561-566

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2016. *JBİ menetelmäkirjasto. Tutkimusten kriittisen arvioinnin kriteerit suomeksi*. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi> Luettu 14.12.2016.

* Hollesen A, Clausen L & Rokkedal K. 2013. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *Journal of Family Therapy* 35 (Suppl. 1), 53-67

Hopia H, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2004. Promoting health for families of children with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing* 48, 575-83

Hopia H. 2006. *Somaattisesti pitkäaikaissairaam lapsen perheen terveyden edistäminen*. Toimintatutkimus lastenosastolla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Sähköinen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 526. ISBN 951-44-6628-4 ISSN 1456-954X. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://acta.uta.fi> Luettu 4.12.2016

Higgins JPT & Green S. (toim). 2011. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: www.handbook.cochrane.org. Luettu 3.12.2016

Hughes EK. 2012. Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. *Clinical Psychologist* 16, 15-24

Hsieh H-F & Shannon SE. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277-1288

* Hurst K, Read S & Wallis A. 2012. Anorexia Nervosa in Adolescence and Maudsley Family-Based Treatment. *Journal of Counseling and Development* 90, 339-45

Isomaa R. 2011. *Eating Disorders, Weight Perception, and Dieting in Adolescence*. Åbo Akademi University. Vasa 2011. Akateeminen väitöskirja. UNIPRINT ISBN 978-952-12-2522-2 (digital) Åbo 2011

* Isserlin L & Couturier J. 2012. Therapeutic Alliance and Family-Based Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Psychotherapy* 49(1), 46-51

Jenkins PE, Hoste RR, Doyle AC, Eddy K, Crosby RD, Hill L, Powers P, Mitchell JE & Le Grange D. 2014. Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 76, 1-5. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychores.2013.11.006> Luettu 14.12.2016

Joanna Briggs Institute. 2011. Suomen JBI yhteistyökeskus. *Kriittisen arvioinnin tarkistuslista järjestelmälliselle katsaukselle*. 20.5.2013. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi> Luettu 13.3.2017

Johnston M. 2014. Improving the reporting of behaviour change interventions. *The European Health Psychologist* 15 (5), 181-189

Järvi U & Jyrinki A. 2014. Syömishäiriöiden hoito on siirtymässä potilaan arkeen. *Suomen Lääkärilehti* 14 (69), 1038-39

Kaivosoja M, Karlsson L, Ehrling L, Melartin L, Pylkkänen K, Lounamaa R, Kalland M, Laakso J, Pietikäinen M, Isolauri J, Wrede GH, Paloniemi A, Merikanto T, Virtanen V & Haapalainen S. 2010. *Konsensuslausuma. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi*. Konsensuskokous 1.-3.2.2010. Suomalainen Lääkäriseura ja Duodecim Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/konsensuslausuma090210.pdf> Luettu 2.12.2016

Kalm LM & Semba RD. 2005. They Starved So That Others be Better Fed: Remembering Ancel Keys and the Minnesota Experiment. History of Nutrition. *Journal of Nutrition* 135, 1347-1352

Kanbur N, Pinhas L, Lorenzo A, Farhat W, Licht C & Katzman DK. 2011. Nocturnal Enuresis in Adolescents with Anorexia Nervosa: Prevalence, Potential Causes, and Pathophysiology. *International Journal of Eating Disorders* 44, 349-355

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro Oy 1. painos, Helsinki

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://www.finlex.fi> Luettu 3.12.2016

Karver MS, Handelsman JB, Fields S & Bickman L. 2006. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review* 26, 50-65

Katzman DK. 2005. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* 37 (Suppl), 52-59

Kazak AE. 2002. Challenges in Family Health Intervention Research. *Families, Systems & Health* 20 (1), 51-59

Keel PK, Dorer DJ, Franko DL, Jackson SC & Herzog DB. 2005. Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 162, 2263-2268

- Keel PK & Haedt A. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Problems and Eating Disorders. 2008. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 37(1), 39-61
- Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J & Bodell LP. 2011. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *The International Journal of Eating Disorders* 44, 553–560
- Keitel MA, Parisi M, Whitney JL & Stack LF. 2010. Salient Stressors for Mothers of Children and Adolescents With Anorexia Nervosa. *Eating Disorders* 18, 435-444
- Kessler R, Chiy W, Demler O, Merikangas K, Walters E. 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62, 617-27
- Khan KS, Kunz R, Kleijnen J & Antes G. 2003. *Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine. How to review and apply findings of healthcare research*. The Royal Society of medicine Press Ltd, London.
- Kinnunen P. 2009. Mielenterveys ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden huomiointi nuorten mielenterveyden edistämässä. Teoksessa: Kylmä J, Nikkonen M, Kinnunen P & Korhonen T (toim.) *Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen haasteena –tutkimusprojekti*. Suomen Graafiset palvelut Oy. Kuopio, 52-53
- Klump KL, Suisman JL, Burt SA, McGue M & Iacono W. 2009. Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of Abnormal Psychology* 118, 797-805
- Korkeila J. 2011. Psykiatrian häiriöluokitus uudistuu. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127 (3), 255-61
- Kuula A. 2011. *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Vastapaino. Toinen, uudistettu painos. Bookwell Oy, Jyväskylä
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. 1. painos. Edita Publishing Oy, Helsinki
- Kärkkäinen U, Dadi Y & Keski-Rahkonen A. 2015. Nuoren naisen ihannepaino – sosiokulttuurisia ja terveydellisiä näkökohtia. *Duodecim* 131, 55-61
- Kääriäinen M & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45
- Käypä hoito- suositus 2014. Syömishäiriöt. Julkaistu 11.12.2014. *Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä*
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://www.finlex.fi/> Luettu 14.12.2016
- * Lask B & Roberts A. 2015. Family cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 20(2), 207-17

Le Grange D, Lock J, Loeb K & Nicholls D. 2010. Academy for Eating Disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 43, 1-5

* Le Grange D, Hoste RR, Lock J & Bryson SW. 2011. Parental Expressed Emotion of Adolescents with Anorexia Nervosa: Outcome in Family-Based Treatment. *International Journal of Eating Disorders* 44, 731-34

* Le Grange D, Lock J, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B & Kraemer HC. 2012. Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 50, 85-92

* Le Grange D, Accurso EC, Lock J, Agras S & Bryson SW. 2014a. Early Weight Gain Predicts Outcome in Two Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 47, 124-29

* Le Grange D, Lock J, Accurso EC, Agras WS, Darcy A, Forsberg S & Bryson SW. 2014b. Relapse From Remission at Two-to Four-Year Follow-Up in Two Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 53(11), 1162-67

Leino-Kilpi H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa: Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Åbo Akademis tryckeri/Digipaino-Turun Yliopisto

Lindberg N & Sailas E. 2011. Laihuushäiriöpotilaan tahdosta riippumaton hoito. *Duodecim* 127, 1090-6

Litmala M. 2003. Näkökulmia perheeseen ja perhelainsäädännön muutostarpeisiin. *Oikeus* 32 (2), 119–135

* Lock J, Le Grange D, Forsberg S & Hewell K. 2006a. Is Family Therapy Useful for Treating Children With Anorexia Nervosa? Results of a Case Series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45(11), 1323-28

* Lock J, Couturier J, Bryson S & Agras S. 2006b. Predictors of Dropout and Remission in Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa in a Randomized Clinical Trial. *International Journal of Eating Disorders* 39, 639-647

* Lock J, Le Grange D, Agras S, Moye A, Bryson SW & Jo B. 2010. Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry* 67(10), 1025-32

* Lock J, Le Grange D, Agras WS, Fitzpatrick KK, Jo B, Accurso E, Forsberg S, Anderson K, Arnow K & Stainer M. 2015. Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behaviour Research and Therapy* 73, 90-95

Lock J & Le Grange D. 2011. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A family-based Approach*. Second Edition. The Guilford Press, New York

- Lock J, Couturier J & Agras WS. 2008. Costs of Remission and Recovery Using Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: Descriptive Report. *Eating Disorders* 16 (4), 322-330
- Lock J. 2011. Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 24:274-279
- * Loeb KL, Walsh T, Lock J, Le Grange D, Jones J, Marcus S, Weaver J & Dobrow I. 2007. Open Trial of Family-Based Treatment for Full and Partial Anorexia Nervosa in Adolescence: Evidence of Successful Dissemination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46(7), 792-800
- * Loeb KL, Hirsch AM, Greig R & Hildebrandt TB. 2009. Family-Based Treatment of a 17-Year-Old Twin Presenting with Emerging Anorexia Nervosa: A Case Study Using the "Maudsley Method". *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 38(1), 176-183
- Loeb KL, Lock J, Greif R & Le Grange D. 2012. Transdiagnostic Theory and Application of Family-Based Treatment for Youth With Eating Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 17-30
- Lopez DL. 2010. Extreme beauty: a developmental perspective on the identity formation of a fashion model. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 38: 219-27.
- Lähteenmäki S, Saarni S, Suokas J, Saarni S, Perälä J, Lönnqvist J, Suvisaari J. 2014. Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry* 68, 196-203
- * Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Kohn M, Hay P & Touyz S. 2015. Early Weight Gain in Family-Based Treatment Predicts Greater Weight Gain and Remission at the End of Treatment and Remission at 12-Month Follow-Up in Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 48, 919-922
- Majid S, Foo S, Luyt B ym. 2011. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: Nurses' perceptions, knowledge and barriers. *Journal of the Medical Library Association* 99, 229-236
- Makkonen K & Pynnönen P. 2007. Pitkäaikaissairaus ja nuoruus – haastava yhtälö. *Duodecim* 123, 225-30
- Marttunen M, Rantanen P. 2001. Nuorisopsykiatria. Teoksessa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 518-56
- * Marzola E, Knatz S, Murray SB, Rockwell R, Boutelle K, Eisler I & Kaye WH. 2015. Short-Term Intensive Family Therapy for Adolescent Eating Disorders: 30-Month Outcome. *European Eating Disorders Review* 23, 210-218
- Malik G, McKenna L & Plummer V. 2015. Perceived knowledge, skills, attitude and contextual factors affecting evidence-based practice among nurse educators, clinical coaches and nurse specialists. *International Journal of Nursing Practice* 21 (Suppl), 46-57

- Malmivaara A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. *Duodecim* 118, 877-9
- Malmivaara A. 2008. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus vaikuttavuudesta – Apuväline terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille, tutkijoille ja päättäjille. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45, 273-278
- Mangalore R & Knapp M. 2007. Cost of schizophrenia in England. *Journal of Mental Health Policy* 10, 23-41
- Mantzoukas S. 2007. A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing* 17(2), 214-23
- Mattila E, Leino K, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2009. Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, 611-622
- Mays N, Pope C & Popay J. 2005. Details of approaches to synthesis a methodological appendix to the paper: systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy making in the health field. Technical Report. *Canadian Health Services Research Foundation/NHS Service Delivery and Organisation R&D Programme, Ottawa, Canada/London, UK*. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/19432/> 17.12.2016
- McMaster R, Beale B, Hillege S & Nagy S. 2004. The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing* 13, 67-73
- Mehler PS. 2001. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Annals of Internal Medicine* 134, 1048-59.
- Mehler PS, Winkelman AB, Andersen DM, Gaudiani JL. 2010. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *Journal of Nutrition and Metabolism* 2010; 2010. <http://dx.doi.org/10.1155/2010/625782>. Epub 2010 Feb 7.
- Mehler PS & Brown C. 2015. Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders* 3 (11), 1-8. doi: 10.1186/s40337-015-0040-8.
- * Merwin RM. 2013. A Pilot Study of an Acceptance-Based Separated Family Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice* 20(4), 485-500
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <https://www.finlex.fi> Luettu 3.12.2016
- Milos G, Spindler A, Schnyder U & Fairburn CG. 2005. Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *British Journal of Psychiatry* 187, 573-578
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J & Altman DG. 2009. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7), e000097. doi: 10.1371/journal.pmed1000097. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: www.prisma-statement.org Luettu 13.12.2016

Murray JS. 2002. A qualitative exploration of psychosocial support for siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing* 17,327–37

National Institute for Clinical Excellence. 2004. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *National Clinical Practice Guideline Number CG9*. The British Psychological Society and Gaskell. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: www.nice.org.uk Luettu 13.12.2016

Navidian A & Bahari F. 2008. Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research* 23(1-2), 19-28

Newman BM & Newman PR. 2003. *Development through life: A psychosocial approach*. 8. painos. Canada: Thomson Wadsworth.

Noyes J & Lewin S. 2011. Chapter 6: Supplemental Guidance on Selecting a Method of Qualitative Evidence Synthesis, and Integrating Qualitative Evidence with Cochrane Intervention Reviews. Teoksessa: Noyes J, Booth A, Hannes K, Harden A, Harris J, Lewin S, Lockwood C (toim.), *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions*. Version 1 (updated August 2011). Cochrane Collaboration Qualitative Methods Group, 2011. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance> Luettu 13.12.2016

Offord A, Turner H & Cooper M. 2006. Adolescent Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults' Retrospective Views of Treatment and Discharge. *European Eating Disorders Review* 14, 377-387

Papadopoulos FC, Karamanis G, Brandt L, Ekblom A & Ekselius L. 2013. Childbearing and Mortality among Women with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 46 (2), 164-170

* Paulson-Karlsson G, Nevenon L & Engström I. 2006. Anorexia nervosa: treatment satisfaction. *Journal of Family Therapy* 28, 293-306

* Paulson-Karlsson G, Engström I & Nevenon L. 2009. A Pilot Study of a Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: 18- and 36-Month Follow-ups. *Eating Disorders* 17 (1), 72-88

Penz K & Bassendowski S. 2006. Evidence based nursing in clinical practice: Implications for nurse educators. *Journal of Continuing Education in Nursing* 37, 250–254

* Pereira T, Lock J & Oggins J. 2006. Role of Therapeutic Alliance in Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 39, 677-684

Petticrew M. 2001. Systematic reviews from astronomy to zoology: Myths and misconceptions. *British Medical Journal* 322 (7278), 98-101

Pitkänen A, Åstedt-Kurki P, Laijärvi H & Pukuri T. 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. *Hoitotiede* 14(5), 223-232

Polivy J. 1996. Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association* 96, 589–592

- Pritts SD & Susman J. 2003. Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. *American Family Physician* 67(2), 297-304
- Raevuori A. 2013. Syömishäiriöiden perinnöllinen tausta. *Duodecim* 129, 2126-32
- * Rhodes P, Baille A, Brown A & Madden S. 2008. Can parent-to-parent consultation improve the effectiveness of the Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa? A randomized control trial. *Journal of Family Therapy* 30, 96-108
- * Rhodes P, Brown J & Madden S. 2009. The Maudsley Model of Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Evaluation of Parent-to-Parent Consultation. *Journal of Marital and Family Therapy* 35(2), 181-192
- * Rienecke RD, Accurso EC, Lock J & Le Grange D. 2016. Expressed Emotion, Family Functioning, and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 24, 43-51
- * Rockwell RE, Boutelle K, Trunko ME, Jacobs MJ & Kaye WH. 2011. An Innovative Short-term, Intensive, Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: Case Series. *European Eating Disorders Review* 19, 362-367
- Ruuska J & Kaltiala-Heino R. 2015. Nuoruusiän syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 24 (70), 1739-1744
- Rycloft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A & McCormack B. 2004. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 47(1), 81-90
- Salminen A. 2011. *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisojohtaminen 4. Vaasa
- Saunders H. 2015. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 56, 128-40
- Scheurink AJ, Boersma GJ, Nergardh R & Sodersten P. 2010. Neurobiology of hyperactivity and reward: Agreeable restlessness in anorexia nervosa. *Physiology & Behavior* 100(5), 490-495
- Schmidt U & Treasure J. 2006. Anorexia nervosa: Valued and Visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology* 45(3), 343-366
- Shafran R, Fairburn CG, Nelson L & Robinson PH. 2003. The interpretation of symptoms of severe dietary restraint. *Behaviour Research and Therapy* 41, 887-894
- Silber TJ, Lyster-Mensh L & DuVal J. 2011. Anorexia Nervosa: Patient and Family-Centered Care. *Pediatric Nursing* 37(6), 331-333
- Sim LA, Homme JH, Lteif AN, Van de Voort JL, Schak KM & Ellingson J. 2009. Family functioning and Maternal Distress in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 42, 531-539

- Simons L, Lathlean J & Squire C. 2008. Shifting the Focus: Sequential Methods of Analysis With Qualitative Data. *Qualitative Health Research* 18(1), 120-132
- Sirviö K. 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen – osallistamista ja ennakointia. Teoksessa: Pietilä A-M (toim.) *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan*. WSOYpro Oy 1. painos, Helsinki
- Slade M. 2002. What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36, 743-753
- Smith RW, Korenblum C, Thacker K, Bonifacio HJ, Gonska T & Katzman DK. 2013. Severely Elevated Transaminases in Adolescent Male with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 46, 751-754
- Smith A & Cook-Cottone C. 2011. A Review of Family Therapy as an Effective Intervention for Anorexia Nervosa in Adolescents. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 18, 323-334
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista.1507/2007. Verkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071507> Luettu 2.12.2016
- Steinhausen H-C. 2002. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry* 159, 1284-1293
- Striegel-Moore RH & Bulik CM. 2007. Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist* 62(3), 181-198
- Suokas J. 2015. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 24(70), 1733-38
- Suokas J, Gissler M, Haukka J, Linna M, Raevuori A & Suvisaari J. 2015. Erityishoidon yksikössä hoidettujen syömishäiriöpotilaiden ennuste. *Duodecim* 131, 744-52
- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni SI, Perälä J, Schreck M, Castaneda A, Hintikka J, Kestilä L, Lähteenmäki S, Latvala A, Koskinen S, Marttunen M, Aro H & Lönqvist J. 2009. Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 39, 287-99
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J & Merikangas KR. 2011. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry* 68, 714–723
- Tabri N, Murray HB, Thomas JJ, Franko DL, Herzog DB & Eddy KT. 2015. Overvaluation of body shape /weight and engagement in non-compensatory weight-control behaviors in eating disorders: is there a reciprocal relationship? *Psychological Medicine* 45, 2951-2958
- Thornicroft G & Slade M. 2014. New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry* 13, 118-124
- Tierney S. 2008. The individual within a condition: A qualitative study of young people's reflections on being treated for anorexia nervosa. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 13, 368–375

- * Timko CA, Zucker NL, Herbert JD, Rodriguez D & Merwin RM. 2015. An open trial of Acceptance-based Separated Family Treatment (ASFT) for adolescents with anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 69, 63-74
- Tokumura M, Watanabe H & Esaki T. 2012. Convalescent resting tachycardia predicts unfavorable outcome of anorexia nervosa. *Pediatrics International* 54, 844-848
- Townshend K, Jordan Z, Stephenson M & Tsey K. 2016. The effectiveness of mindful parenting programs in promoting parents' and children's wellbeing: a systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(3), 139-180 doi: 10.11124/JBISIRIR-2016-2314
- Touyz S & Hay P. 2015. Severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN): in search of a new paradigm. *Journal of Eating Disorders* 3 (26), 1-3
- Treasure J, Murphy T, Szukler G, Todd G, Gavan K & Joyce J. 2001. The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36:343-7
- Treasure J, Claudino AM & Zucker N. 2010. Eating disorders. *The Lancet* 375, 583-593
- Treasure J & Russell G. 2011. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry* 199, 5-7
- Treasure J & Schmidt U. 2013. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence of cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders* 1(13), 1-10 Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://www.jeatdisord.com/content/1/1/13>. Luettu 25.11.2016
- * Turkiewicz G, Pinzon V, Lock J & Fleitlich-Bilyk B. 2010. Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 32(2), 169-172
- Turrell SL, Davis R, Graham H & Weiss I. 2005. Adolescents with Anorexia Nervosa: Multiple Perspectives of Discharge Readiness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 18 (3), 116-126
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6., uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012*. Verkkojulkaisu saatavana osoitteesta: <http://www.tenk.fi>
- Vaismoradi M, Turunen H & Bondas T. 2013. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* 15, 398-405
- Vandereycken W. 2011. Can Eating Disorders Become 'Contagious' in Group Therapy and Specialized Inpatient Care? *European Eating Disorders Review* 19, 289-295

* Voriadaki T, Simic M, Espie J & Eisler I. 2015. Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: adolescents' and parents' day-to-day experiences. *Journal of Family Therapy* 37, 5-23

Vuori M, Tuulio-Henriksson A, Nissinen H & Autti-Rämö I. 2015. Psykososiaaliset perheinterventiot lapsen aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriön sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa. *Duodecim* 131, 1516-8

* Wagner I, Diamond GS, Levy S, Russon J & Litster R. 2016. Attachment-Based Family Therapy as and Adjunct to Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy* 37, 207-227

Wallcraft J, Amering M, Freidin J, Davar B, Froggatt D, Jafri H, Javed A, Katontoka S, Raja S, Rataemane S, Steffen S, Tyano S, Underhill C, Wahlberg H, Warner R & Herrman H. 2011. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 10, 229-36

Weckroth A. 2007. Mitä merkitsee "psykososiaalinen" päihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (4), 426-436

Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W & Treasure J. 2005. Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry* 187, 444-449.

Williams CC & Mfoafo-M'Carthy M. 2006. Care: Giving, Receiving and Meaning in the Context of Mental Illness. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes* 69(1), 26-46

Wood L, Al-Khairulla H & Lask B. 2011. Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 16(2), 225-231

World Health Organization 1993. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva

Åstedt-Kurki P & Hopia H. 1999. The family interview: Exploring experiences of family health and well-being. *Journal of Advanced Nursing* 24, 506-511

Åstedt-Kurki P, Jussila A-L, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen R & Potinkara H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista*. WSOY Oppimateriaalit Oy. 1. Painos, Helsinki.

Tietokanta	Haun rajaus	Haun kohdistaminen	Hakusanat(t)	Viitteet	PICOT-kriteerit täyttäneet alkuperäistutkimukset
Medic	2006-2016 asiasanojen synonyymit käytössä	Tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä	laihuushäiriö* OR syömishäiriö* OR anoreksia *	100	0
Joanna Briggs Institute EBP Database	<Current to August 10, 2016>	[mp=text, heading word, subject area node, title]	anorexia nervosa.mp.	7	0
Cochrane Library	Cochrane Database of Systematic Reviews	Title, Abstract, Keywords in Cochrane Reviews	‘anorexia nervosa’	8	0
Medline	abstracts, english language, “2000-Current”	Exp Family Nursing/ or exp Family Therapy/ or exp Family Health/ or exp Family Practice/ exp Anorexia Nervosa/ (“anorexia nervosa” or “anorexia nervosas”).mp.	Family Nursing, Family Therapy, Family Health, Family Practice, Anorexia Nervosa, (“anorexia nervosa”, “anorexia nervosas”)	141	36
Cinahl	2006-2016 english adolescent: 13-18 years adult: 19-44 years		(MH “Anorexia Nervosa/TH”) AND family therapy	10	1
PsycINFO (13-17 yrs)	Publication date: 2006-2016 Age group: Adolescence (13-17 yrs) Language: English Peer reviewed Scholarly Journals	Abstract	ab(anorexia nervosa) AND ab((family OR families)) AND ab((treatment OR therapy))	123	13
PsycINFO (18-29 yrs)	Publication date: 2006-2016 Age group: Young Adulthood (18-29 yrs) Language: English Peer reviewed Scholarly Journals	Abstract	ab(anorexia nervosa) AND ab((family OR families)) AND ab((treatment OR therapy))	63	1

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
1	Accurso ym. 2014 Yhdysvallat	Nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden psyykkisen hyvinvoinnin- ja painon muutokset sekä muutokseen yhteydessä olevat tekijät perhepohjaisen hoidon ja yksilöterapian vertailussa	Kuvaileva kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym 2010)	121	FBT	AFT	Psykologiset tulosmuuttujat: syömishäiriöoireet masennusoireet itsetunto	Kasvukäyrät Puolistrukturoitu diagnostinen haastattelu (K-SADS) Standardoitu haastattelu (EDE) Oirekysely (BDI) Arvointimittari (RSI) Paino Pituus	Alkumittaus, välitön ja viivästetty loppumittaus (6 kk ja 12 kk),	4/9
2	Accurso ym. 2015 Yhdysvallat	Nuorten laihuushäiriöpotilaiden painon korjaantuminen perhepohjaisen hoidon ja erikoistuneen avohoidon vertailussa	Kvasikokeellinen	84	FBT (RCT) n = 32	SCC n = 52	Normaalipainon saavuttamiseen kulunut aika	Paino Pituus Puolistrukturoitu diagnostinen haastattelu (K-SADS) Standardoitu haastattelu (EDE) Oirekysely (BDI)	Alkumittaus, viivästetty loppumittaus (12 kk)	5/10
3	Agras ym. 2014 Yhdysvallat	Perhepohjaisen hoidon ja systeemistyyppisen perheterapian vaikuttavuuden vertailu nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden hoidossa	Satunnaistettu kontrolloitu koe	164	FBT n = 78	SyFT n = 80	Remissio	Paino Oirekyselyt Haastattelu	Alkumittaus, välitön ja viivästetty loppumittaus, (6 kk ja 12 kk)	8/10

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
4	Bezance ym. 2014 Iso-Britannia	Laihuushäiriötä sairastavien nuorten äitien kokemukset laihuushäiriön kotihoidosta	Kuvaileva, laadullinen, retrospektiivinen	9 äitiä	HT	-	Koettu hyöty	Puolistrukturoitu haastattelu	Interventiojakson aikana, välittömästi intervention päätyttyä	9/10
5	Byrne ym. 2015 Yhdysvallat	Nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden ja vanhempien minäpystyvyyden yhteys painon korjaantumiseen perhepohjaisen hoidon ja yksilöterapian vertailussa	Kokeellinen kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2010)	121	FBT	AFT	Potilaan ja vanhemman minäpystyvyys	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, interventiojakson aikana, välitön loppumittaus	6/10
6	Chen ym. 2010 Yhdysvallat	Perhepohjaisen hoidon tehokkuus, hyväksyttävyys ja soveltuvuus sub-kliinistä laihuushäiriötä ja laihuushäiriötä sairastavien nuorten aikuisten painon korjaamisessa	Kuvaileva kvantitatiivinen, tapaussarja	4	FBT	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Toimintakyky Masennusoireiden esiintyminen	Kliininen haastattelu Oirekyselyt Paino	Alkumittaus, välitön ja viivästetty loppumittaus (ajankohta?)	4/9
7	Chen ym. 2016 Yhdysvallat	Perhepohjaisen hoidon hyväksyttävyys ja tehokkuus laihuushäiriötä ja epätyypillistä laihuushäiriötä sairastavien nuorten aikuisten hoidossa	Kuvaileva kvantitatiivinen	22	FBTY	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Syömiseen liittyvät pakkoajatukset ja –toiminnot Yleinen toimintakyky Akseli I-mielenterveyshäiriöiden esiintyminen	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön ja viivästetty loppumittaus (6 kk ja 12 kk)	6/9

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
8	Ciao ym. 2015 Yhdysvallat	Nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden perheiden toimintakyky perhepohjaisen hoidon ja yksilöterapian vertailussa	Kokeellinen kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2010)	121	FBT	AFT	Täydellinen remissio Perheen toimintakyky	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus	6/10
9	Couturier ym. 2010 Kanada	Perhepohjaisen hoidon siirrettävyys, tehokkuus, toistokyky ja hyväksyttävyys nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden hoidossa	Kuvaileva kvantitatiivinen	14	FBT	-	Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Kliininen haastattelu Oirekyselyt Paino	Alkumittaus, välitön loppumittaus	5/9
10	Dalle Grave ym. 2013 Italia	Tehostetun kognitiivis-behavioraalisen hoidon välitön ja pitkäaikaisvaikutavuus vaikeaoireisten laihuushäiriöpotilaiden hoidossa	Kuvaileva kvantitatiivinen	46	CBT-E	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Psykiatrinen oheissairastavuus	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön ja viivästetty loppumittaus (60 vk)	6/9
11	Darcy ym. 2013 Yhdysvallat	Perhepohjaisen hoidon alkuvaiheessa ilmenevän nuoruusikäisen laihuushäiriöpotilaan ja vanhemman käyttäytymisen yhteys varhaiseen hoitovasteeseen	Kuvaileva kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, ei viitettä)	21	FBT	?	Varhainen hoitovaste: 1.8 kg painonnousu 4. hoitokäyntiin mennessä	Oirekyselyt Paino Videotallenteiden havainnointi	Alkumittaus, intervention aikana hoitokäynnit 1, 2 ja 4	5/9

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
12	Doba ym. 2013 Ranska	Perheen haitallisten vuorovaikutusta pojen yhteys laihuushäiriöpotilaan toipumiseen lyhytkestoiseen strategistyyppiseen perheterapiaan osallistuneilla	Kuvaileva kvantitatiivinen	10	BSFT	-	Kliininen status (BMI ja MR-asteikon alaskaala-pisteet) Perheenjäsenten tunneilmaisutaidot	Kliininen haastattelu Paino Videotallenteiden havainnointi	Alkumittaus, välitön loppumittaus	4/9
13	Doyle ym. 2010 Yhdysvallat	Varhaisen painonnousun yhteys perhepohjaiseen hoitoon osallistuneiden nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden remissioon	Kuvaileva kvantitatiivinen	65	FBT (n =45)	FBT (n = 20)	Täydellinen remissio	Paino	Alkumittaus, välitön loppumittaus	3/9
14	Eisler ym. 2007 Iso-Britannia	Nuoruusiän laihuushäiriön perheterapian pitkäaikaisvaikutavuus kahden perheterapeuttisen intervention vertailussa	Kokeellinen kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Eisler ym. 2000)	38	CFT	SFT	Syömishäiriöoireiden esiintyminen Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio MR-asteikon summapistet	Paino	Viivästetty loppumittaus (5 v)	6/10
15	Ellison ym. 2012 Australia	Vanhempien sitoutumisen ja hoitoyhteistyön yhteys perhepohjaiseen hoitoon osallistuvien nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden painon korjaantumiseen	Kuvaileva kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, ei viitettä)	59	FBT	FBT	Normaalipainon saavuttaminen	Paino Oirekyselyt Videotallenteiden havainnointi	Alkumittaus, intervention aikana hoitokäynnit 1-20, välitön loppumittaus	6/9

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
16	Engman-Bredvik ym. 2016 Ruotsi	Laihuushäiriötä sairastavien lasten ja nuorten vanhempien kokemukset laihuushäiriön moniperhehoidosta	Kuvaileva, kvalitatiivinen	12 vanhempeä	MFT	-	Koettu hyöty	Puolistrukturoitu haastattelu	1-2 kk intervention päättymisestä	7/10
17	Forsberg ym. 2014 Yhdysvallat	Hoitoysteistyön yhteys perhepohjaiseen hoitoon osallistuneiden nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden toipumiseen	Kuvaileva kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2010)	38	FBT	AFT	Remissio	Oirekyselyt Paino Videotallenteiden havainnointi	Alkumittaus, intervention aikana, välitön loppumittaus	5/9
18	Forsberg ym. 2013 Yhdysvallat	Varhaisen hoitoysteistyön yhteys perhepohjaisen hoidon vaikuttavuuteen nuoruusikäisillä laihuushäiriöpotilailla	Kokeellinen kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2010)	78	FBT	AFT	Remissio	Oirekyselyt Paino Videotallenteiden havainnointi	Alkumittaus, välitön loppumittaus	6/10
19	Gabel ym. 2014 Kanada	Nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden painon korjaantuminen moniperhehoidon ja tavanomaisen hoidon vertailussa	Kuvaileva kvantitatiivinen, tapaus-kontrolli	25	MFT	TAU	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus	5/9
20	Gelin ym. 2015 Belgia	Moniperhehoidon vaikuttavuus nuorten syömishäiriöpotilaiden hoidossa	Kuvaileva kvantitatiivinen	82	MFT	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Elämänlaatu	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus	4/9

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
21	Godart ym. 2012 Ranska	Kahden avohoitohjelman vertailu vaikean nuoruusiän laihuushäiriön hoidossa	Satunnaistettu kontrolloitu koe	60	TAU + FT	TAU	Hyvän hoitotuloksen saavuttaminen Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, viivästetty loppumittaus 18 kk kuluttua	9/10
22	Gowers ym. 2007 Iso-Britannia	Nuoruusiän laihuushäiriön hoitomuotojen vaikuttavuuden vertailu	Satunnaistettu kontrolloitu koe	167	a. Lasten- tai nuorisopsykiatrin osastohoito	b. Specialised out-patient treatment (manualised) c. TAU	Hyvän hoitotuloksen saavuttaminen	Oirekyselyt	Alkumittaus, viivästetty loppumittaus 1 ja 2 v	8/10
23	Hildebrandt ym. 2014 Ei mainittu	Altistusperustaisen perhepohjaisen hoidon vaikutus syömishäiriöoireisiin ja ahdistuneisuuteen nuoruusikäisillä laihuushäiriöpotilailla	Kuvaileva kvantitatiivinen	10	FBT-E	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden, ahdistusoireiden ja masennusoireiden esiintyminen	Paino Kliininen haastattelu Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus	3/9
24	Hollesen ym. 2013 Tanska	Moniperhehoidon vaikutus syömishäiriön oireisiin ja sosiaaliseen toimintakykyyn nuoruusikäisillä laihuushäiriöpotilailla	Kuvaileva kvantitatiivinen	20	MFT	-	Syömishäiriöoireiden esiintyminen Normaalipainon saavuttaminen Sosiaalinen toimintakyky	Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus	3/9
25	Hurst ym. 2012 Australia	Perhepohjaisen hoidon toteuttaminen ja tulokset nuoruusikäisen laihuushäiriöpotilaan hoidossa	Kuvaileva kvantitatiivinen, tapaustutkimus	1	MFBT	-	Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio Nuoruusiän kehitys Koettu hyöty	Paino Vapaamuotoinen haastattelu	Alkumittaus, välitön loppumittaus	1/9

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuutujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
26	Isserlin & Couturier 2012 Kanada	Hoitoyhteistyön yhteys painonnousuun ja psyykkiseen vointiin perhepohjaiseen hoitoon osallistuneilla nuoruusikäisillä laihuushäiriöpotilailla	Kuvaileva kvantitatiivinen	14	FBT	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, intervention aikana	4/9
27	Lask & Roberts 2015 Iso-Britannia	Kognitiivisen remediaation käyttö nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden hoidossa	Kuvaileva, kvantitatiivinen, tapaussarja	4	CRT	-	Koettu hyöty	Havainnointi Vapaamuotoinen haastattelu	Viivästetty loppumittaus (6 kk)	0/9
28	Le Grange ym. 2011 Yhdysvallat	Vanhempien tunneilmaisun yhteys perhepohjaisen hoidon vaikuttavuuteen nuoruusikäisillä laihuushäiriöpotilailla	Kuvaileva kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2005)	79	FBT 6kk	FBT 12 kk	Hyvä hoitotulos	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus	5/9
29	Le Grange ym. 2012 Yhdysvallat	Remissiota estävät ja edistävät tekijät perhepohjaiseen hoitoon osallistuneilla nuoruusikäisillä laihuushäiriöpotilailla	Kokeellinen, kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2010)	121	FBT	AFT	Remissio	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus, viivästetty loppumittaus 6 kk ja 12 kk jälkeen	6/10

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
30	Le Grange ym. 2014a Yhdysvallat	Varhaisen painonnousun yhteys täydelliseen remissioon nuoruusikäisillä laihuushäiriöpotilailla perhepohjaisen hoidon ja yksilöterapian vertailussa	Kokeellinen kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2010)	121	FBT	AFT	Remissio	Paino	Alkumittaus, välitön loppumittaus, viivästetty loppumittaus 6 kk ja 12 kk jälkeen	5/10
31	Le Grange ym. 2014b Yhdysvallat	Nuoruusiän laihuushäiriön relapsi kahden perheterapeuttisen intervention pitkäaikaisvaikutavuuden vertailussa	Kokeellinen kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2010)	79	FBT	AFT	Remissio Relapsi	Paino Oirekyselyt	Viivästetty loppumittaus 2-4 v jälkeen	5/10
32	Lock ym. 2006a Yhdysvallat	Hoidon keskeyttämistä ja remissiota ennustavat tekijät perhepohjaiseen hoitoon osallistuneilla nuoruusikäisillä laihuushäiriöpotilailla	Kokeellinen kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2005)	86	FBT 6 kk	FBT 12 kk	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Menstruaatio Psykososiaalinen toimintakyky	Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus 6 kk, välitön loppumittaus 12 kk	7/10
33	Lock ym. 2006b Yhdysvallat	Nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden lyhyt- ja pitkäkestoisen perhepohjaisen hoidon pitkäaikaisvaikutavuuden vertailu	Kokeellinen kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2005)	71	FBT 6 kk	FBT 12 kk	Remissio Relapsi	Paino Oirekyselyt Vapaamuotoiset haastattelut	Viivästetty loppumittaus 2.3-6.0 v jälkeen	6/10

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
34	Lock ym. 2010 Yhdysvallat	Perhepohjaisen hoidon vaikuttavuus yksilöterapiaan verrattuna nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden hoidossa	Satunnaistettu kontrolloitu koe	121	FBT	AFT	Remissio Relapsi	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus, viivästetty loppumittaus 6 kk ja 12 kk jälkeen	8/10
35	Lock ym. 2015 Yhdysvallat	Huonon hoitovasteen omaavien nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden hoitotulokset perhepohjaisen hoidon ja intensiivisen vanhempienohjauksen vertailussa	Satunnaistettu kontrolloitu koe	45	FBT n =10	FBT/IPC+ n = 35	Vanhempien minäpystyvyys Normaalipainon saavuttaminen	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, intervention aikana, välitön loppumittaus	7/10
36	Loeb ym. 2007 Yhdysvallat	Perhepohjaisen hoidon soveltuvuus ja tehokkuus nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden hoidossa alkuperäisen kontekstin ulkopuolella	Kuvaileva, kvantitatiivinen	20	FBT	-	Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus	5/9

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
37	Loeb ym. 2009 Yhdysvallat	Perhepohjaisella hoidolla saavutetut tulokset nuoruusikäisen laihuushäiriöpotilaan hoidossa	Kuvaileva, kvantitatiivinen, tapauskertomus	1	FBT	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Menstruaatio	Paino Oirekysely Vapaamuotoinen haastattelu	Alkumittaus, intervention aikana, välitön loppumittaus, viivästetty loppumittaus 6 kk jälkeen	2/9
38	Madden ym. 2015 (FBT) Australia	Perhepohjaiseen hoitoon osallistuneiden nuorten laihuushäiriöpotilaiden varhainen hoitovaste ja remissio	Kuvaileva kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Madden ym. 2015)	82	Osastohoito+ FBT	Osastohoito+ FBT	Normaalipainon saavuttaminen Remissio	Paino Oirekysely	Välitön loppumittaus Viivästetty loppumittaus 12 kk jälkeen	6/9
39	Marzola ym. 2015 (S-IFT) Yhdysvallat	Lyhytkestoisen intensiivisen perheterapian pitkäaikaisvaikutukset nuorilla laihuushäiriöpotilailla	Kuvaileva kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (Rockwell ym. 2011, Knatz ym. 2015)	74	S-IFT	M-IFT	Remissio Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Paino Oirekysely	Viivästetty loppumittaus 30 kk jälkeen	6/9
40	Merwin ym. 2013 (ASFT) Yhdysvallat	Hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikutukset nuoren laihuushäiriöpotilaan painonnousuun	Kuvaileva kvantitatiivinen	6	ASFT	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Menstruaatio	Paino Oirekysely	Alkumittaus, välitön loppumittaus	4/9
41	Paulson-Karlsson ym. 2006 Ruotsi	Nuorten ja vanhempien kokemukset perhepohjaisesta hoidosta	Kuvaileva kvantitatiivinen	32 potilasta 41 vanhempaa	FBT	-	Hoitotytyytyväisyys Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Oirekysely	Alkumittaus, loppumittaus (18 kk)	5/9

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
42	Paulson-Karlsson ym. 2009 Ruotsi	Perhepohjaisen hoidon pitkäaikaisvaikutukset nuorilla laihuushäiriöpotilailla	Kuvaileva, kvantitatiivinen	32	FBT	-	Syömishäiriöoireiden esiintyminen Yleinen psykopatologia Perheen ilmapiiri Normaalipainon saavuttaminen	Oirekyselyt	Alkumittaus, loppumittaus (18kk), viivästetty loppumittaus (36 kk)	5/9
43	Pereira ym. 2006 Yhdysvallat	Terapeuttisen allianssin merkitys nuoren laihuushäiriöpotilaan hoitovasteeseen perhepohjaisessa hoidossa	Kuvaileva, kvantitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2005)	41	FBT 6 kk	FBT 12 kk	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Paino Oirekyselyt	Alkumittaus, käynti 1, käynti 6, kk, loppumittaus (12 kk)	5/9
44	Rhodes ym. 2008 Australia	Nuoren laihuushäiriöpotilaan ja perheen hoitotulokset perhepohjaisen hoidon ja vanhempien keskinäisellä konsultaatiolla tehostetun perhepohjaisen hoidon vertailussa	Satunnaistettu kontrolloitu koe	20	FBT n= 10 perhettä	FBT + Parent-to-parent consultation n = 10 perhettä	Vanhempien minäpystyvyys Normaalipainon saavuttaminen Painon korjaantumisvauhti	Oirekyselyt Paino	Alkumittaus, välitön loppumittaus	5/10
45	Rhodes ym. 2009 Australia	Nuorten laihuushäiriöpotilaiden vanhempien kokemukset vanhempien keskinäisestä konsultaatiosta	Kvalitatiivinen, sekundaarianalyysi (RCT, Rhodes ym. 2008)	34 vanhempaa	FBT n= 10 perhettä	FBT + Parent-to-parent consultation n = 10 perhettä	Koettu hyöty	Haastattelu	Välitön loppumittaus	9/10
46	Rienecke ym. 2016 Yhdysvallat	Vanhempien tunneilmaisun yhteys painonnousuun ja perheen toimintakykyyn perhepohjaisen hoidon lopussa	Kuvaileva, kvantitatiivinen sekundaarianalyysi (RCT, Lock ym. 2010)	121	FBT	AFT	Normaalipainon saavuttaminen Perheen toimintakyky	Stukturoitu haastattelu Oirekyselyt	Alkumittaus, välitön loppumittaus	6/9

#	Tutkimus, maa	Tutkimusaihe	Tutkimusasetelma	N	Interventio	Vertailu-interventio	Tulosmuuttujat	Tiedonkeruu	Mittaushetki	Yht.
47	Rockwell ym. 2011 (S-IFT) Yhdysvallat	Lyhytkestoisella intensiivisellä perhepohjaisella hoidolla saavutetut tulokset nuorten laihuushäiriöpotilaiden hoidossa	Kuvaileva, kvantitatiivinen, retrospektiivinen, tapaussarja	19	S-IFT	-	Normaalipainon saavuttaminen	Paino	Alkumittaus, välitön loppumittaus, viivästetty loppumittaus	4/9
48	Timko ym. 2015 (ASFT) Yhdysvallat	Remission saavuttaminen ASFT-interventioon osallistuneilla nuorilla laihuushäiriöpotilailla	Kuvaileva, kvantitatiivinen	47 perhettä	ASFT	-	Remissio	Oirekyselyt Paino Havainnointi	Alkumittaus, välitön loppumittaus	4/9
49	Turkiewicz ym. 2010 Etelä-Amerikka (Brasilia)	Perhepohjaisen hoidon sovellettavuus, hyväksyttävyyys ja vaikuttavuus nuoren laihuushäiriöpotilaan hoidossa alkuperämaan ulkopuolella	Kuvaileva, kvantitatiivinen	9 perhettä	FBT	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Oirekyselyt Paino	Alkumittaus, välitön loppumittaus, viivästetty loppumittaus (6 kk)	4/9
50	Voriadaki ym. 2015 Iso-Britannia	Nuorten laihuushäiriöpotilaiden ja vanhempien kokemukset moniperhehoidosta	Kuvaileva, kvalitatiivinen	6 perhettä	MFT	-	Koettu hyöty	Itsearviontilomakkeita	Alkumittaus, välitön loppumittaus	8/10
51	Wagner ym. 2016 Australia	Kiintymyssuhteeseen kohdistuvan perheterapian (ABFT)	Kuvaileva, kvalitatiivinen, tapaututkimus	1 perhe	ABFT	-	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Psykiatrinen komorbiditeetti	Havainnointi	Alkumittaus Loppumittaus	7/10

KUVAUS	Perhepohjainen hoito (FBT, MFBT, “Maudsley method”) Somaattisesti stabiiliksi arvioitu potilas Pyritään varhaiseen hoitovasteeseen	Nuoren aikuisen perhepohjainen hoito (FBTY) Perheestään yhä riippuvaisiksi arvioituille Somaattisesti stabiiliksi arvioitu potilas Pyritään varhaiseen hoitovasteeseen	Altistava perhepohjainen hoito (FBT-E) Perhepohjaisen hoidon tehostaminen syömishäiriölle ominaisiin ahdistus-, pelko-, ja inhoreaktioihin fokusoimalla	Intensiivinen vanhempainohjaus (FBT/IPC+) Perheille, joissa varhaista hoitovastetta perhepohjaisessa hoidossa ei ole saavutettu
Tavoite	Vanhempien minäpystyvyyden vahvistuminen Syömishäiriön oireiden hallintaan saaminen avohoidossa	Syömishäiriön oireiden hallintaan saaminen avohoidossa Potilaan autonomia perhepohjaisen hoidon aikana	Syömishäiriön oireiden hallintaan saaminen avohoidossa Potilaan sisäisen motivaation vahvistuminen	Vanhempien minäpystyvyyden vahvistuminen Syömishäiriön oireiden hallintaan saaminen avohoidossa
Sisältö	Hoitomanuaali (Lock ym. 2001)	Hoitomanuaali (Lock ym. 2001)	Hoitomanuaali (ei viitettä)	Hoitomanuaali (Lock ym. 2001)
Toteuttajat	Perhepohjaiseen hoitoon perehdytetyt Syömishäiriöiden hoidon erityisosaamista Sosiaalityöntekijät, psykologit, psykiatrit	Perhepohjaiseen hoitoon perehdytetyt Syömishäiriöiden hoidon erityisosaamista Sosiaalityöntekijät, psykologit, psykiatrit	FBT-E hoitomallin kehittäjät	Perhepohjaisen hoidon toteuttajat
Toteutustapa	1. vaihe: vastuu ruokailuista vanhemmille (sis. perheaterian) 2. vaihe: vastuu ruokailuista takaisin nuorelle 3. vaihe: nuoruusiän teemojen käsittely Perhetapaamiset	Mikäli paino systemaattisesti nousee potilas saa päättää missä ja kenen kanssa ruokailee	1. vaihe: vastuu ruokailuista vanhemmille 2. vaihe: vastuu ruokailuista takaisin nuorelle + FBT-E hoitomallin mukaiset altistusharjoitteet 3. arvioidaan valmiuksia hallita ahdistusta, syömishäiriön jäänneoireita	Aloitetaan perhepohjaisen hoidon 4. hoitotapaamisen jälkeen 5. käynti: todetaan huono hoitovaste ja tuetaan perhettä muutokseen 6. käynti: vanhempaintapaamisessa arvioidaan muutoksen esteitä 7. käynti: 2. perheateria, jossa vanhempainohjausta Hoito jatkuu FBT-mallin mukaisesti
Konteksti	Avohoito	Avohoito	Avohoito	Avohoito
Ajoitus ja kesto	Myös osastohoidon jälkeen 1. vaihe: viikoittain 2. vaihe: joka toinen viikko 3. vaihe: 1 x/kk Kukin vaihe 3-4 kk Käynnin kesto 1 t	Kuten perhepohjaisessa hoidossa	Yhteensä 20 hoitokäyntiä	Kuten perhepohjaisessa hoidossa
Räätälöinti ja poikkeaminen	Samanaikainen yksilöhoito (n = 1)	3. vaiheessa yksilötapaamisia potilaan kanssa Vanhempien asemesta tukihenkilöinä voi olla muut läheiset aikuiset	Hoitojakson pidentäminen 34 hoitokäyntiin vaikeasti oireilevan laihuushäiriöpotilaan kohdalla	Perhepohjaisen hoidon 1. vaiheeseen lisätään 3 hoitokäyntiä
Toistettavuus	Hoitomanuaalissa pitäytymisen objektiivinen arviointi (työnohjaus)	Ei mainintaa	Hoitomanuaalissa pitäytymisen objektiivinen arviointi (työnohjaus)	Ei mainintaa

KUVAUS	Intensiivinen perheterapia (S-IFT) Perhepohjaisen hoidon vaihtoehto perheille, jotka eivät voi sitoutua pitkään hoitojaksoon	Intensiivinen moniperheterapia (I-MFT) Perhepohjaisen hoidon vaihtoehto perheille, jotka eivät voi sitoutua pitkään hoitojaksoon Hoitokustannukset voidaan jakaa perheiden kesken	Moniperheterapia (MFT) Yhdistelmä erilaisia terapeuttisia elementtejä Kehitetty nuoruusiän laihuushäiriön hoitoon	Vanhempien ohjattu konsultointi (parent-to-parent consultation) Toteutetaan perhepohjaisen hoidon ohella
Tavoite	Ei mainintaa Pohjautuu perhepohjaiseen hoitoon	Pohjautuu perhepohjaiseen hoitoon Vähentää avuttomuuden ja häpeän tunnetta sekä estää sosiaalista eristäytymistä	Estää perheen sosiaalista eristäytymistä ja laihuushäiriön liittyvää stigmaa sekä vahvistaa perheen selviytymiskeinoja	Perhepohjaisen hoidon tehostaminen
Sisältö	Ei mainintaa	Hoitomanuaalin kuvaus Knatz ym. 2015 artikkelissa	Hoitomanuaalin (ei viitettä) mukaisesti	Hoitomanuaali (Lock ym. 2001) Perhepohjaisen hoidon onnistuneesti läpikäyneet vanhemmat toimivat konsultteina perhepohjaisen hoidon aloittaneille vanhemmille ohjatusti
Toteuttajat	Perhepohjaiseen hoitoon perehdytetyt Sosiaalityöntekijät, psykologit, psykiatrit	Perhepohjaiseen hoitoon perehdytetyt	Moniammatillinen tiimi Hoitomanuaaliin perehtyneet Syömishäiriöiden hoidon erityisosaamista	Ei mainintaa
Toteutustapa	Perheruokailuja Perhetapaamisia, joissa pyritään herättämään vanhemmissa huolta nuoren terveydentilasta ja ottamaan vastuu ravitsemuskuntoutuksesta Annetaan perheelle tiedollista ohjausta	Ryhmän muodostavat max. 6 perhettä 1. vaihe: havainnointi 2. interventio 3. suunnittelu Terapeutti rohkaisee perhettä hyödyntämään vertaistukea	Ryhmän muodostavat 6-8 perhettä 1. vaihe: oirekuvaan orientoituminen 2. vaihe: ihmissuhteisiin orientoituminen 3. vaihe: tulevaisuuteen orientoituminen	Kuten perhepohjaisessa hoidossa
Konteksti	Avohoito	Avohoito	Avohoito	Avohoito
Ajoitus ja kesto	Yhteensä 5 päivää/ 40 t	Yhteensä 5 päivää/40 t	Yhteensä 4-10 päivää 1. viikolla neljä peräkkäistä tapaamista Hoidon kokonaiskesto pidemmässä versiossa 1 vuosi	Yhteensä 1 t
Räätälöinti ja poikkeaminen	Ei mainintaa	Ei mainintaa	Ei mainintaa	Yksi kahden terapeutin ohjaamaa vanhempaintapaamista perhepohjaisen hoidon 3.-5. hoitotapaamisen välissä
Toistettavuus	Ei mainintaa	Hoitomanuaalissa pitäytymisen arviointi (työnohjaus)	Ei mainintaa	Ei mainintaa

KUVAUS	Kotona toteutettava hoito (HT) Vaihtoehto nuoren laihuushäiriöpotilaan osastohoidolle	Systeemistyyppinen perheterapia (SyFT) Hoidon fokus perheenjäsenten välisessä vuorovaikutuksessa	Lyhytkestoinen strateginen perheterapia (BSFT) Pohjautuu strukturaalisen perheterapian traditioon	Koko perheen yhteinen perheterapia (CFT)
Tavoite	Vanhempien (äitien) voimaantuminen hoitamaan nuorta laihuushäiriöpotilasta kotona Perhe-elämän jatkuminen mahdollisimman normaalina Kuormittuneisuuden väheneminen	Perhe päättää hoidon tavoitteen	Laihuushäiriötä ylläpitävien haitallisten vuorovaikutustapojen korjaantuminen	Ei mainintaa
Sisältö	Ei hoitomanuaalia tai yhteisesti sovittuja käytäntöjä	Terapeutti auttaa perhettä löytämään ratkaisuja käyttäytymiseen liittyviin haastaviin tilanteisiin tukemalla tapojen ja uskomusten sekä vahvuuksien tarkastelua Painoseuranta Somaattisen voinnin seuranta	Somaattisen ja psyykkisen voinnin arvio hoidon aikana Käytetään perheterapeuttisia menetelmiä Vahvistetaan vanhempien ja sairastuneen sekä sisarusten välisiä rajoja Ohjataan huomiota pois nuoren ongelmista Rohkaistaan löytämään joustavia vuorovaikutustapoja Tuetaan perheen ongelmanratkaisutaitoja	Hoitomalli kuvattu artikkelissa Eisler ym. 2000 Ei hoitomanuaalia
Toteuttajat	Moniammatillinen tiimi, joka koostuu psykiatrisista sairaanhoitajista, toimintaterapeuteista, kliinisistä psykologeista ja psykiatreista	Systeemistyyppiseen perheterapiaan koulutetut Syömishäiriöiden hoidon erityisosaamista Akateemisen loppututkinnon suorittaneita Sosiaalityöntekijöitä, psykologeja, psykiatreja	Psykologeja Syömishäiriöiden hoidon erityisosaamista	Ei mainintaa
Toteutustapa	Kotikäynnejä Vanhemmat valvovat nuoren laihuushäiriöpotilaan ruokailutilanteet ohjatusti	Ei mainintaa	Ei mainintaa	Hoitokäynneille osallistuu koko perhe
Konteksti	Avohoito, potilaan kotona	Avohoito	Avohoito	Avohoito
Ajoitus ja kesto	2-12 viikkoa	Yhteensä 9 kk 16 hoitokäyntiä Hoitokäynnin kesto 1 t	Välittömästi osastohoidon jälkeen Yhteensä 5-6 kk Yksi hoitokäynti/kk Hoitokäynnin kesto 1 t	Yhteensä 12 kk
Räätälöinti ja poikkeaminen	Ei mainintaa	Ei mainintaa	Ei mainintaa	Ei mainintaa
Toistettavuus	Ei yhtenäistä käytäntöä, työntekijöiden vaihtuvuus	Hoitomanuaalissa pitäytymisen arviointi (työnohjaus)	Ei mainintaa	Säännöllinen työnohjaus

KUVAUS	Vanhemmille ja potilaalle erikseen suunnattu perheterapia (SFT)	Tehostettu kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT-E) Vaihtoehto perhepohjaiselle hoidolle nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden avohoitoon Hoidon fokus on syömishäiriön psykopatologiassa	Erikoistunut avohoito (specialist out-patient treatment)	Tavanomainen avohoito perheterapiaan yhdistettynä (adjunctive family therapy) Fokuksena perhedynamiikka Tavanomainen avohoito yhdistettynä perheterapiaan vaikeasti sairaille nuorille laihuushäiriöpotilaille
Tavoite	Ei mainintaa	Vanhempien ensitapaamisen tavoitteena saada käsitys potilaan muutosvalmiutta heikentävistä tekijöistä perheessä Vanhempien jatkotapaamisten tarkoituksena on tukea perhettä mahdollisissa kriiseissä	Ei mainintaa	Syömishäiriötä ylläpitävien tekijöiden poistuminen
Sisältö	Hoitomalli kuvattu artikkelissa Eisler ym. 2000 Ei hoitomanuaalia	Hoitomanuaali (Fairburn 2008)	Hoitomallin kuvaus artikkeleissa Gowers & Smyth 2004 ja Gowers 2006 Kognitiivis-behavioraalinen yksilöhoito ja vanhempien sekä nuoren ja vanhempien tapaamisia Ravitsemusterapeutin tapaamisia	Ei hoitomanuaalia Hoitomallia kuvattu lääketieteellisissä julkaisuissa ja koulutustapahtumissa
Toteuttajat	Ei mainintaa	Ei mainintaa	Hoitomanuaaliin perehtynyt työntekijä, "terapeutti"	Psykiatri, psykologi ja perheterapeutti Yli 4 vuoden kokemus nuorten laihuushäiriöpotilaiden avohoidosta
Toteutustapa	Hoitokäynneillä läsnä nuori laihuushäiriöpotilas ja työntekijä Sama työntekijä tapaa vanhempia erikseen	Ei muita samanaikaisia psykososiaalisia hoitoja Lääkärin, ravitsemusterapeutin tai muiden terveydenhuollon ammattilaisten konsultointi harkitusti Työntekijän ja nuoren yksilötapaamisia Työntekijän ja vanhempien tapaaminen Työntekijän ja nuoren sekä vanhempien yhteistapaamisia	Sama työntekijä tapaa potilasta ja vanhempia	Hoitokäynneille osallistuu potilas, vanhemmat, yli 6-vuotiaat sisarukset
Konteksti	Avohoito	Avohoito	Avohoito	Avohoito
Ajoitus ja kesto	Yhteensä 12 kk	Yhteensä 40 viikkoa Yksilötapaamisten kesto 45 min Vanhempaintapaamisen kesto 1 t Yhteistapaamisten (8 kpl) kesto 15 min	Yhteensä 6 kk Kognitiivis-behavioraalinen osuus vanhempaintapaamisineen 12 hoitokäyntiä Vanhempien ja potilaan yhteistapaamisia vähintään 4 hoitokäyntiä	Osastohoidon jälkeen Yhteensä 18 kk Käyntitiheys 3-4 viikkoa Hoitokäynnin kesto 1,5 t

KUVAUS (jatkoa)	Vanhemmille ja potilaalle erikseen suunnattu perheterapia (SFT)	Tehostettu kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT-E) Vaihtoehto perhepohjaiselle hoidolle nuoruusikäisten laihuushäiriöpotilaiden avohoitoon Hoidon fokus on syömishäiriön psykopatologiassa	Erikoistunut avohoito (specialist out-patient treatment)	Tavanomainen avohoito perheterapiaan yhdistettynä (adjunctive family therapy) Fokuksena perhedynamiikka Tavanomainen avohoito yhdistettynä perheterapiaan vaikeasti sairaille nuorille laihuushäiriöpotilaille
Räätälöinti ja poikkeaminen	Ei mainintaa	Vanhempien jatkotapaamisia mikäli ruokailut kotona eivät suju vanhempien tuella tai vanhempien ja nuoren välillä aggressiota	Ei mainintaa	Käyntitiheydestä joustettiin tarvittaessa
Toistettavuus	Säännöllinen työnohjaus	Ei mainintaa	Viikoittaiset tutkijatiimin ja kliinisen tiimin yhteistapaamiset	Tutkijatiimin ja kliinisen tiimin yhteistapaamiset

KUVAUS	Tavanomainen avohoito (CAMHS) Ensisijainen Iso-Britanniassa nuorille laihuushäiriöpotilaille kohdistettu avohoito (treatment as usual in the general community)	Perhepohjainen kognitiivinen tukiopetus (family-based CRT) Ohjattu kognitiivisten taitojen vahvistaminen ja opettelu kognitiivisten heikkouksien tarkastelun kautta laihuushäiriön hoidossa	Vanhemmille ja potilaalle erikseen suunnattu hyväksymis- ja omistautumisterapia (ASFT) Kehitetty vaihtoehdoksi perhepohjaiselle hoidolle, joka ei sovellu kaikille	Kiintymyssuhteeseen kohdistuva perheterapia (ABFT) Vanhemmat ovat nuoren voimavara syömishäiriöstä toipumisessa kiintymyssuhteen katkoksen korjaannuttua Fokus kiintymyssuhteen laadussa
Tavoite	Perhekeskeisyyden toteutuminen	Potilaan ja vanhempien metakognitiivisen tietouden kehittyminen Syömishäiriötä ylläpitävien ongelmatilanteiden ratkaiseminen ajattelua muuttamalla	Käyttäytymisen joustavuuden lisääntyminen Nuoren ja vanhempien toimintakyvyn lisääntyminen Vanhempien kuormittuneisuuden vähentyminen Elämänlaadun paraneminen	Vanhempien ja nuoren väliset kiintymyssuhteen katkokset (esim. kritiikki, hylkäämiskokemukset) tulevat käsitellyiksi ja nuori kykenee ottamaan vastaan vanhempien tukea toipumisessa
Sisältö	Ei hoitomanuaalia	CRT-intervention kuvaus artikkelissa Wood ym. (2011) Internet-materiaalipankki Kognitiivisia, leikkimielisiä harjoitteita palapeliä, pelien ja arvaustehtävien muodossa	Osoitetaan toipumista tukevien muutosten tekemisen esteet Ohjataan hyödyntämään olemassa olevia taitoja Opetetaan hyväksymiseen pohjautuvia strategioita oireidenhallinnassa Ohjataan vanhempia toimimaan provosoitumatta ja tehokkaasti ruokailutilanteissa 4 moduulia	Tuetaan kiintymyssuhdetta vahvistavaan vanhemmuuteen ja nuoren luottamuksen lisääntymiseen vanhempiaan kohtaan Autetaan nuorta havaitsemaan kiintymyssuhteen katkoksen yhteyttä syömishäiriöön ja ilmaiseen tunteita rakentavasti vanhempien läsnä ollessa Vanhemmat tukevat nuorta autonomian saavuttamisessa
Toteuttajat	Moniammatillinen tiimi	Ei mainintaa	Kliiniset psykologit, joilla kokemusta laihuushäiriön hoidosta ja ACT-hoitomallin käytöstä	Perhepohjaiseen hoitoon (FBT) ja kiintymyssuhteeseen kohdistuvaan perheterapiaan (ABFT) koulutetut terapeutit
Toteutustapa	Ei mainintaa	Yksilö- ja perhetapaamisia	Vanhempia ja nuorta tavataan yhdessä ja erikseen	ABFT-intervention toteuttajat eri kuin FBT-intervention toteuttajat
Konteksti	Avohoito	Avohoito	Avohoito	Avohoito
Ajoitus ja kesto	Yhteensä 6 kk	Ei mainintaa	Yhteensä yli 24 viikkoa Yhteensä 20 hoitokäyntiä Käyntitiheys joka toinen viikko Hoitokäynnin kesto noin 1 t	Ajoitetaan perhepohjaisen hoidon 2. vaiheeseen, jos todetaan, ettei hoitovastetta perhepohjaiselle hoidolle ole (esim. paino ei nouse, paino laskee, nuori ilmaisee hoitovastarintaa) Voidaan aloittaa FBT-hoidon jälkeen laihuushäiriön uusiuduttua
Räätälöinti ja poikkeaminen	Ei mainintaa		Tutkimuksen aikana saadun palautteen perusteella nuorelle annettavia tehtäviä ja arviointitapoja muokattiin	Ei mainintaa
Toistettavuus	Ei mainintaa	Terapeutteja ohjataan käyttämään osaamistaan ja vaistoaan tehtävien valinnassa	Viikottaiset konferenssipuhelut koskien potilastapauksia	Ei mainintaa

#	Tutkimus (Interventio)	Tulosmuuttujat	Vaikutukset nuoren terveyteen ja hyvinvointiin	Vaikutukset perheen terveyteen ja hyvinvointiin
1	Accurso ym. 2014 (FBT)	Syömishäiriöoireilun esiintyminen, masennusoireiden esiintyminen, itsetunto	12 kk hoidon aloittamisesta tilastollisesti erittäin merkitsevä syömishäiriöoireiden ($B = -0.239, SE = 0.041, p < 0.001$), painoon liittyvien huolien ($B = -0.162, SE = 0.046, p < 0.001$), syömiseen liittyvien huolien ($B = -0.195, SE = 0.036, p < 0.001$), syömisrajoittamisen ($B = -0.385, SE = 0.045, p < 0.001$) ja masennusoireiden ($B = -1.817, SE = 0.242, p < 0.001$) väheneminen	Ei tutkittu
2	Accurso ym. 2015 (FBT)	Normaalipainon saavuttamiseen kulunut aika	Paino korjaantui (95% EBW) 12 kk hoidon aloittamisesta 57.1% :lla potilaista	Ei tutkittu
3	Agras ym. 2014 (FBT vs. SyFT)	Remissio	Remissiossa perhepohjaista hoitoa saaneista oli 33.1% hoidon lopussa ja 40.7% seurannassa, systeemistyyppistä perheterapiaa saaneista 25.3% hoidon lopussa ja 39.0% seurannassa oli saavuttanut remission. Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Perhepohjaiseen hoitoon osallistuneiden paino nousi tilastollisesti merkitsevästi nopeammin $F_{1,146} = 8.8, p = .003$) ensimmäisen 8 viikon aikana verrattuna systeemistyyppistä perheterapiaa saaneisiin	Ei tutkittu
4	Bezance ym. 2014 (HT)	Koettu hyöty	Ei mainittu	Psyykkiset voimavarat vahvistuivat, äidit kokivat oppineensa jämäkkyyttä ja olevansa toiveikkaita, kuormittuneisuus väheni ja itseluottamus lisääntyi. Toisaalta äidit alkoivat kyseenalaistaa omaa osaamistaan ja heille tuli paine suoriutua hyvin työntekijöiden nähdessä
5	Byrne ym. 2015 (FBT)	Potilaan ja vanhemman minäpystyvyys	Riippumatta vanhempien minäpystyvyyden tasosta ennen interventiota paino nousi tilastollisesti merkitsevästi enemmän niillä nuorilla, joiden vanhempien minäpystyvyys vahvistui perhepohjaisen hoidon aikana kuin nuorilla, joiden vanhempien minäpystyvyys ei vahvistunut tai jotka saivat yksilöhoitoa ($F_{1,273.5} = 10.954, p < .001$). Potilaan minäpystyvyyden vahvistuminen ei vaikuttanut tilastollisesti merkitsevästi painon nousuun	Ei mainittu
6	Chen ym. 2010 (FBTY)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireilun esiintyminen Toimintakyky Masennusoireiden esiintyminen	Hoidon lopussa ¾ potilaista oli saavuttanut normaalipainon eikä syömishäiriöoireita esiintynyt. Masennusoireita ei ollut tai ne olivat lieviä. Seurannassa ¾ potilaista psykososiaalinen toimintakyky oli hyvä	Ei tutkittu
7	Chen ym. 2016 (FBTY)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireilun esiintyminen Syömiseen liittyvät pakkoajatukset ja -toiminnot Yleinen toimintakyky Akseli I-mielenterveyshäiriöiden esiintyminen	Hoidon lopussa 15/22 ja seurannassa 13/22 potilaista oli normaalipainoisia ($BMI \geq 19 \text{ kg/m}^2$). Hoidon lopussa 13/22, 6 kk seurannassa 11/22 ja 10/22 12 kk seurannassa ei ollut syömishäiriöoireilua. Syömiseen liittyvät pakkoajatukset ja -toiminnot vähenivät, yleinen toimintakyky koheni ja Akseli I-mielenterveyshäiriöiden lukumäärä väheni intervention jälkeen	Ei tutkittu

#	Tutkimus (Interventio)	Tulosmuuttujat	Vaikutukset nuoren terveyteen ja hyvinvointiin	Vaikutukset perheen terveyteen ja hyvinvointiin
8	Ciao ym. 2015 (FBT)	Täydellinen remissio Perheen toimintakyky	Ei mainintaa täydellisen remission saavuttaneista	Perheen yleinen toimintakyky ei parantunut tilastollisesti merkitsevästi. Yksilötasoilla nuoren raportoima muutos rooleissa isän raportoima muutos ongelmanratkaisussa ja äidin raportoima muutos perheen yleisessä toimintakyvyssä oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä täydelliseen remission hoidon lopussa $\chi^2 (9, N = 84) = 44.892, p < .001$
9	Couturier ym. 2010 (FBT)	Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Paino nousi tilastollisesti merkitsevästi, keskimäärin 7.8 kg ($t = -5.3, df = 13, p < .001$), painoprosentin nousu 95.7% :een ($t = 5.5, df = 13, p < .001$) oli tilastollisesti merkitsevä. Syömisen rajoittaminen väheni tilastollisesti merkitsevästi ($t = 2.9, df = 12, p < .014$), kehotietoisuus parani tilastollisesti merkitsevästi ($t = 2.8, df = 12, p < .015$) samoin aikuistumisen pelko ($t = 3.3, df = 12, p < .006$). 8/9 potilaista kuukautiskierto käynnistyi uudelleen	Ei tutkittu
10	Dalle Grave ym. 2013 (CBT-E)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Psykiatrinen oheissairastavuus	Paino nousi tilastollisesti merkitsevästi, keskimäärin 8.6 kg (SD 4.14; 95% CI 7.03-10.18; $p < 0.001$). Kolmasosa (32.1%, 9/28) saavutti 95% normaalipainosta. Syömishäiriöoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi (SD 1.25; 95% CI 1.55-2.50; $p < 0.001$), samoin muu psykiatrinen oheissairastavuus (SD = 0.63; 95% CI 0.43-0.91; $p < 0.001$)	Ei tutkittu
11	Darcy ym. 2013 (FBT)	Varhainen hoitovaste (1.8 kg painonnousu 4. hoitokäyntiin mennessä)	Varhaisen hoitovasteen saavutti 12 potilasta ja myöhäisen hoitovasteen 9 potilasta	Ei tutkittu
12	Doba ym. 2013 (BSFT)	Kliininen status (BMI ja MR-asteikon alaskaalapisteeet) Perheenjäsenten tunneilmaisutaidot	Kliininen status koheni tilastollisesti merkitsevästi painoindexin ($p < 0.002$), ravitsemustilan ($p < 0.002$), psykoseksuaalisen häiriön korjaantumisen ($p < 0.002$) ja psykososiaalisen toimintakyvyn ($p < 0.002$) osalta	Nuoren ($w = 0.072$) ja isän ($w = 0.050$) tunneilmaisutaidot paranivat tilastollisesti merkitsevästi ja tämä muutos oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä painon korjaantumiseen ($r = 0.71, p = 0.02$)
13	Doyle ym. 2010 (FBT)	Täydellinen remissio	Potilaista 31 (47.7%) oli täydellisessä remissiossa hoidon lopussa. Vähintään 2.88% painonnousu 4. hoitokäyntiin mennessä oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä täydellisen remission saavuttamiseen hoidon lopussa. (AUC = 0.674, $p = 0.024$)	Ei tutkittu
14	Eisler ym. 2007 (CFT vs. SFT)	Syömishäiriöoireiden esiintyminen Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio MR-asteikon summapisteeet	Paino nousi tilastollisesti merkitsevästi 5-vuotis seurannan aikana hoitomuodosta riippumatta hieman alle 95%: een normaalipainosta ($t = 2.7; p = .01$) Kuukautiskierto oli hoidon lopussa 36.4%: lla normaali ja seurannassa 86.2% :lla normaali. Muutos oli tilastollisesti merkitsevä (McNemar $\chi^2 = 9.6, p = .002$). MR-summapisteet nousivat tilastollisesti merkitsevästi ($t = 2.4; p < .02$).	Ei tutkittu
15	Ellison ym. 2012 (FBT)	Normaalipainon saavuttaminen	Hoidon lopussa 84.7% ($n = 50$) oli saavuttanut vähintään 85% normaalipainosta ja 40.7% ($n = 24$) 95% normaalipainosta. Hoito oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä painonnousuun, $F (1, 962) = 44.8.23 (p < .01)$	Ei tutkittu
16	Engman-Bredvik ym. 2016 (MFT)	Koettu hyöty	Ei tutkittu	Vertaistuki koettiin hyödylliseksi. Vanhemmat kokivat perhedynamiikan parantuneen ja löytäneensä rakentavia tapoja toimia. Vanhempien ymmärrys tilanteesta lisääntyi

#	Tutkimus (Interventio)	Tulosmuuttujat	Vaikutukset nuoren terveyteen ja hyvinvointiin	Vaikutukset perheen terveyteen ja hyvinvointiin
17	Forsberg ym. 2014 (FBT)	Remissio	Hoidon lopussa 14 (36.8%) potilasta oli remissiassa	Ei tutkittu
18	Forsberg ym. 2013 (FBT)	Remissio	Hoidon lopussa 14 (36.8%) potilaista oli täysin toipunut laihuushäiriöstä. Suurin osa (89.4%) oli osin toipunut	Ei tutkittu
19	Gabel ym. 2014 (MFT)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Paino korjaantui tilastollisesti merkitsevästi enemmän moniperhehoitoa saaneilla verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin (99.6% ($\pm 7.27\%$) vs. 95.4 (± 6.88); $p < 0.05$). Moniperhehoitoa saaneista tytöistä 10 (40%) ja tavanomaista hoitoa saaneista 4 (16%) paino oli yli 95% normaalipainosta. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.057$). Syömishäiriöoireet ($p = 0.01$) ja masennusoireet ($p = 0.015$) vähenivät tilastollisesti merkitsevästi	Ei tutkittu
20	Gelin ym. 2015 (MFT)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Elämänlaatu	Hoidon lopussa 52.4% potilaista oli saavuttanut yli 85% normaalipainosta, heistä 24.4% oli saavuttanut yli 95% normaalipainosta. Paino korjaantui tilastollisesti merkitsevästi: -9.85 ± 10.65 , $t(81) = -8.38$; $p < .001$. Hoidon lopussa 48.8% potilaista ei ollut lainkaan syömishäiriöoireita. Hoidon lopussa 70.7% potilaista elämänlaatu oli parantunut. ahdistuksen, masennuksen, somaattisten vaivojen ja stressin osalta	Ei tutkittu
21	Godart ym. 2012 (TAU+FT)	Hyvän hoitotuloksen saavuttaminen Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio	Perheterapiaa tavanomaisen hoidon lisänä saaneet potilaat saavuttivat hyvän tai keskinkertaisen hoitotuloksen 3.2 kertaa useammin kuin tavanomaista hoitoa saaneet (ITTA: $p = 0.054$)	Ei tutkittu
22	Gowers ym. 2008 (specialist out-patient treatment)	Hyvän hoitotuloksen saavuttaminen	Keskimäärin hyvä hoitotulos koskien painoa ja syömishäiriöoireiden vähentymistä	Ei tutkittu
23	Hildebrandt ym. 2014 (FBT-E)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden, ahdistusoireiden ja masennusoireiden esiintyminen	Potilaista 9/10 saavutti > 85% normaalipainosta, paino nousi tilastollisesti merkitsevästi hoidon aikana ($p < .05$). Ahdistus- ja masennusoireet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi hoidon aikana ($p < .05$), samoin syömishäiriöoireet ($p < .05$)	Ei tutkittu
24	Hollesen ym. 2013 (MFT)	Syömishäiriöoireiden esiintyminen Normaalipainon saavuttaminen Sosiaalinen toimintakyky	Intervention lopussa 13 (65%) potilaalla ei esiintynyt syömishäiriöoireita lainkaan. Tilastollisesti merkitsevää paranemista tapahtui painoindeksin ($t = 5.9$, $p \leq 0.001$), syömisen rajoittamisen ($t = -3.92$, $p \leq 0.001$) syömiseen liittyvien huolten ($t = -2.3$, $p \leq 0.05$), painoon liittyvien huolten ($t = -2.75$, $p \leq 0.05$) ja pakonomaisen liikunnan ($t = -2.81$, $p \leq 0.05$) suhteen	Ei tutkittu
25	Hurst ym. 2012 (MFBT)	Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio Nuoruusiän kehitys Koettu hyöty	Potilas oli saavuttanut 100% normaalipainosta hoidon loppuun mennessä ja kuukautiskierto oli palautunut ja säännöllistynyt. Potilaan toiminta oli nuoruusialle ominaista.	Potilaan vanhemmat kokivat hoidon vahvistaneen perheenjäsenten välisiä ja vanhempien keskinäisiä suhteita.
26	Isserlin & Couturier 2012 (FBT)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Perhepohjaisen hoidon läpikäyneistä potilaista jokaisen paino nousi hoidon aikana 99.9% :een normaalipainosta ($SD = 3.2$). Hoidon lopussa 7/13 syömishäiriöoirekyselyyn vastanneista potilaista vastasi olevansa oireettomia.	Ei tutkittu
27	Lask & Roberts ym. 2014 (family-based CRT)	Koettu hyöty	Potilaiden muutosmotivaatio lisääntyi	Vanhemmat oppivat tunnistamaan lapsensa syömishäiriölle ominaisia ajatusvääristymiä ja löysivät keinoja myös omakohtaisten ajatusvääristymien korjaamiseen

#	Tutkimus (Interventio)	Tulosmuutujat	Vaikutukset nuoren terveyteen ja hyvinvointiin	Vaikutukset perheen terveyteen ja hyvinvointiin
28	Le Grange ym. 2011 (FBT)	Hyvä hoitotulos	Potilaista 41 (66.1%) hoitotulos oli hoidon lopussa hyvä	Ei tutkittu
29	Le Grange ym. 2012 (FBT)	Remissio	Remission saavuttaneiden osuudesta ei mainintaa. Aineisto sama kuin tutkimuksessa Le Grange ym. 2014a	Ei tutkittu
30	Le Grange ym. 2014a (FBT)	Remissio	Perhepohjaiseen hoitoon osallistuneista 42% oli remissiossa hoidon lopussa, 40% 6kk-seurannassa ja 49% 12-kk seurannassa	Ei tutkittu
31	Le Grange ym. 2014b (FBT)	Remissio Relapsi	Kaksi vuotta perhepohjaisen hoidon päättymisestä hoidon lopussa remission saavuttaneista yhdellä (4.5%) laihuushäiriö uusiutui, ja 10 (22.7%) potilasta saavutti remission	Ei tutkittu
32	Lock ym. 2006a (FBT)	Remissio	Hoidon lopussa 68% potilaista oli remissiossa	Ei tutkittu
33	Lock ym. 2006b (FBT)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Menstruaatio Psykososiaalinen toimintakyky	Neljä vuotta perhepohjaisen hoidon päättymisestä potilaista 89% oli saavuttanut 90% normaalipainosta, 74%:lla potilaista ei esiintynyt syömishäiriöoireita, ja kuukautiskierto oli normalistunut 91%:lla naisista, joilla ei ollut hormonilääkitystä. Potilaista 99% (70/71) opiskeli tai kävi töissä	Ei tutkittu.
34	Lock ym. 2010 (FBT)	Remissio Relapsi	Perhepohjaiseen hoitoon osallistuneista 43% oli täydellisessä remissiossa hoidon lopussa, 40 % 6kk-seurannassa ja 49% 12-kk seurannassa. Perhepohjaiseen hoitoon osallistuneista täydellisen remission saavuttaneista potilaista kahdella (10%) laihuushäiriö uusiutui 12 kk hoidon päättymisestä	Ei tutkittu
35	Lock ym. 2015 (FBT)	Vanhempien minäpystyvyys Normaalipainon saavuttaminen	Intensiivisen vanhempainohjauksen lisääminen perhepohjaiseen hoitoon edesauttoi huono varhaisen hoitovasteen omanneiden nuorten laihuushäiriöpotilaiden painon normalisoitumisen	Varhaisen hoitovasteen omanneiden nuorten laihuushäiriöpotilaiden äidit kokivat olevansa minäpystyvämpiä ($M = 25.09$, $SD = 3.31$) kuin äidit, joiden lasten hoitovaste oli huono ($M = 21.82$, $SD = 3.57$). Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($t(30) = 2.587$, $p = .015$) Intensiivisen vanhempainohjauksen lisääminen perhepohjaiseen hoitoon vahvisti minäpystyvyyttä
36	Loeb ym. 2007 (FBT)	Normaalipainon saavuttaminen Menstruaatio Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Potilaiden paino normalisoitui ($t = -4.46$, $p = .000$), kuukautiskierto normalisoitui ($p = .002$), syömisen rajoittaminen väheni ($z = -3.02$, $p = .003$) ja syömiseen liittyvät huolet vähenivät ($z = -2.10$, $p = .04$)	Ei tutkittu
37	Loeb ym. 2009 (FBT)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Hoidon lopussa potilas ei täyttänyt laihuushäiriön kriteerejä	Ei tutkittu
38	Madden ym. 2015 (FBT)	Normaalipainon saavuttaminen Remissio	Yli 1.8 kg painonnousu perhepohjaisen hoidon 4. Hoitokäyntiin mennessä ennusti tilastollisesti merkitsevästi normaalipainon saavuttamista (%EBW 99.18 SD = 6.93 vs. 92.79 SD = 7.74, $p < .05$) ja remissiota hoidon lopussa (46% vs. 11%, $p < .05$) ja 12 kk seurannassa (64% vs. 36%, $p = .05$)	Ei tutkittu
39	Marzola ym. 2015 (S-IFT)	Remissio Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Seuranta-aikana potilaista 60.8 % oli täydellisessä ja 27% osittaisessa remissiossa	Ei tutkittu
40	Merwin ym. 2013 (ASFT)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen Menstruaatio	Potilaista 5/6 saavutti normaalipainon hoidon loppuun mennessä. Potilaista 1/6 saavutti remission kesken hoitajakson. Keskimääräinen painon muutos oli ($3.75 \text{ kg} \pm 3.21 \text{ kg}$). Kuukautiskierto käynnistyi uudelleen ($n = 3$) tai säännöllistyi ($n = 1$). Syömishäiriöoireita ei esiintynyt ($n = 4$)	Vanhemmat raportoivat ahdistuneisuuden ja kuormittuneisuuden vähentyneen

#	Tutkimus (Interventio)	Tulosmuuttujat	Vaikutukset nuoren terveyteen ja hyvinvointiin	Vaikutukset perheen terveyteen ja hyvinvointiin
41	Paulson-Karlsson ym. 2006 (FBT)	Hoitoon tyytyväisyys Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Hoidon lopussa 22 (69%) potilasta ei täyttänyt syömishäiriön kriteereitä hoidon lopussa	Suurin osa (83%) olivat tyytyväisiä hoitoon
42	Paulson-Karlsson ym. 2009 (FBT)	Syömishäiriöoireiden esiintyminen Yleinen psykopatologia Perheen tunneilmapiiri Normaalipainon saavuttaminen	Tutkimuksen 18 kk seurannassa keskimääräinen painoindeksi oli 19.4 ja potilaista 72% oli toipunut laihuushäiriöstä. Tutkimuksen 36 kk seurannassa keskimääräinen painoindeksi oli 20.1 ja toipuneiden osuus oli 78%	Seurannassa (36 kk) perheenjäsenet kokivat perheen tunneilmapiirin parantuneen: perheenjäsenten keskinäiset välit olivat lähentyneet ja toiminta vähemmän kaoottista
43	Pereira ym. 2006 (FBT)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Syömisen rajoittaminen ja syömiseen liittyvät huolet vähenivät tilastollisesti merkitsevästi	Ei tutkittu
44	Rhodes ym. 2008 (Parent-to-parent consultation)	Vanhempien minäpystyvyys Normaalipainon saavuttaminen Painon korjaantumismuutos	Potilaista 9/20 saavutti hyvän, 6/20 keskinkertaisen ja 5/20 huonon hoitotuloksen. Hyvän hoitotuloksen saavuttaneiden painoprosentti hoidon lopussa oli 96.85% ja keskinkertaisen hoitotuloksen saavuttaneilla se oli 96.08%. Painon korjaantuminen nopeutui tehostettua perhepohjaista hoitoa saaneilla	Vanhemmat kokivat olevansa toiveikkaampia laihuushäiriön hoitoon liittyvän kyvykkyytensä osalta
45	Rhodes ym. 2009 (Parent-to-parent consultation)	Koettu hyöty	Ei tutkittu	Vanhempien itsevarmuus, jämäkkyys ja kokemus kyvykkyydestä voimistui, koettu yksinäisyys lieventyi
46	Rienecke ym. 2016 (FBT)	Perheen toimintakyky Normaalipainon saavuttaminen	Hoidon lopussa 104 potilaan (FBT + AFT) keskimääräinen painoprosentti oli 91.76 (SD = 9.86)	Äidin vihamielisyys oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä perheen huonoon toimintakykyyn ($B = 0.995$, $SE = 0.317$, $p = .003$) ja normaalipainon saavuttamiseen ($B = -44.134$, $SE = 11.382$, $p = .0002$) hoidon lopussa hoitomuodosta riippumatta
47	Rockwell ym. 2011 (S-IFT)	Normaalipainon saavuttaminen	Hoidon lopussa keskimääräinen painoprosentti oli 99.3% (SD = 11.8). Yhtä potilasta lukuun ottamatta paino ei laskenut seuranta-aikana	Ei tutkittu
48	Timko ym. 2015 (ASFT)	Remissio	Potilaista 49% saavutti täyden remission ja 30% osittaisen remission. Syömishäiriöoireiden esiintyminen väheni. Välttämiskäyttäytyminen väheni	Ei tutkittu
49	Turkiewicz ym. 2010 (FBT)	Normaalipainon saavuttaminen Syömishäiriöoireiden esiintyminen	Paino nousi tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0.036$) hoidon alusta (BMI 16.39 ± 1.69) hoidon loppuun (BMI 19.04 ± 3.34) ja seurantaan (BMI 20.80 ± 3.47)	Ei tutkittu
50	Voriadaki ym. 2015 (MFT)	Koettu hyöty	Nuorten sairaudentunto vahvistui nopeasti. Toipumismotivaatio vahvistui 4/5 nuorista	Jonkin verran positiivisia muutoksia perheenjäsenten välisessä kommunikaatiossa 5/6 perheessä
51	Wagner ym. 2016 (AFBT)	Koettu hyöty	Nuoren ja vanhempien välinen luottamus palautui	Nuoren ja vanhempien välinen luottamus palautui